

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA
EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES
Y SU RELACION CON EL CONSUMO DE DROGAS

T E S I S

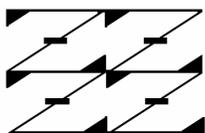
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

NAYELI GARCIA RAMIREZ

DIRECTOR: MTRO. JORGE VILLATORO VELAZQUEZ
ASESOR: MTRO. FERNANDO M. MANCILLA MIRANDA



MEXICO, D.F.

2006

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo otorgado por CONACYT para la realización de este trabajo a través del proyecto 42092-H y al Instituto Nacional de Psiquiatría, a través del proyecto 4316/03

Deseo agradecer al Mtro. Jorge Villatoro, por haberme dado la oportunidad de trabajar con él, pero sobre todo por haber confiado en mí, así como por su infinita paciencia y apoyo sincero.

Agradezco también al Profesor Fernando Mancilla y todos mis sinodales, por su tiempo y aportaciones valiosas que brindaron a este trabajo.

Pero sobre todo quiero darle gracias a DIOS por haberme dado fuerza, valor y sabiduría para terminar esta etapa tan importante en mi vida.

MADRE gracias por todo lo que me haz dado, por tu confianza, tu cariño, tu paciencia, tus conocimientos. ESTE TRABAJO ES POR TI Y PARA TI.

ABUE, eres mi angelito de la guarda, gracias por tus oraciones y por el cariño que siempre me haz dado

ROSY y MICKY, ustedes también son una parte importante para mi, gracias por estar conmigo, espero que estén orgullos de mí.

A ti AMOR, gracias por haber estado conmigo cuando más lo necesite, de verdad fuiste y eres una parte muy importante en mi vida

A mis grandes amigas, Mago, Bibis y Gabby muchas gracias por su cariño, sus consejos y su tiempo, las quiero

RESUMEN

La conducta suicida es un problema multifactorial que en los últimos años ha aumentado en la población adolescente, considerándose ya como un problema de Salud Pública. Asimismo se han identificado diversos factores de riesgo, entre los que se encuentra el consumo de drogas. La presente investigación tuvo como objetivos el conocer la prevalencia de ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y saber su relación con el consumo de drogas. La muestra estuvo constituida por 10,659 estudiantes, de los cuales el 50.5% fueron hombres y el 49.5% mujeres. Se seleccionaron aleatoriamente escuelas de las 16 delegaciones del DF. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico (escuela-grupo) y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela. La información fue obtenida a través de un cuestionario autoaplicable en tres formas, las secciones específicas del instrumento que se utilizaron en el presente trabajo, se encuentran en las tres formas y son: Escala de Ideación Suicida y la Cédula de Intento Suicida. Se encontró que la prevalencia de intento suicida es 3 veces mayor en las mujeres (16.5%) que en los hombres (5.8%). Respecto a la ideación suicida, se encontró que el 6.3% de los hombres y el 8.7% de las mujeres reportó haber presentado los 4 síntomas. La ideación e intento suicida, se presentaron en mayor medida en los estudiantes adolescentes que consumen drogas. De acuerdo con los resultados, se pone en evidencia la importante necesidad de trabajar con un abordaje multidisciplinario, incluyendo el psicosocial, el psicoeducativo y la perspectiva de género y fortalecer el ambiente familiar y escolar.

INTRODUCCIÓN

Se dice que la sociedad debe asegurar al individuo a través del sistema familiar, y de la provisión de aportes físicos, psicosociales y culturales, que se requieren para que cumpla con sus funciones. Sin embargo, ello cada vez es más difícil, debido a que los cambios sociales que han ocurrido en las últimas décadas, consecuencia de la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, de las recurrentes crisis económicas y de una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización han afectado la vida de toda la población, pero en especial la de los adolescentes.

La adolescencia, es un período en el cual se lucha por alcanzar una plena madurez social, y se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, abandonando la infancia, y adquiriendo los roles de adulto. Debido a ello algunos individuos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, incluso manifiestan síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión y sienten que su futuro se encuentra fuera de control y así la ideación, el intento suicida y el consumo de drogas surgen como una salida ante tal situación (Artasánchez, 1999).

Por tal motivo, el suicidio consumado, la ideación y el intento suicida en los adolescentes son aspectos que requieren mucha atención, sobre todo si consideramos que las tasas de incidencia y prevalencia van en aumento, tanto en México como en otros países (Villatoro, et al, 2003).

Al respecto, González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez (2002) señalan que en las últimas décadas la tasa de suicidio en la adolescencia se ha incrementado en varios países, incluyendo México, e incrementará más y esto se deberá a los cambios en los valores y estilos de vida como consecuencia de la sobreurbanización, la explosión demográfica de la población joven y su concomitante desempleo, la inestabilidad en la estructura familiar, del abuso de sustancias, delincuencia, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, entre otros.

Por su parte el INEGI (2002) reportó que en el país se registraron 3160 casos de suicidio, de los cuales el 82.8% eran hombres y el 17.2% mujeres. Se percibió un incremento de 2.3% respecto al año anterior, y un incremento de 3.3 % en referencia a los casos registrados en 1995. Por sexo este crecimiento se manifestó en mayor proporción en los hombres, al incrementarse un 3.2 %, mientras que en las mujeres decreció a -1.8%, es decir que por cada mujer, se suicidaron 5 hombres.

Investigaciones realizadas en México por el Instituto Nacional de Psiquiatría, han mostrado altos índices de la problemática suicida. Por ejemplo, los análisis de una encuesta representativa de estudiantes en Pachuca, Hgo, muestran una prevalencia de intento suicida del 10.1%, con una proporción de 2 mujeres por un hombre (13.3% y 6.3%, respectivamente). La edad promedio del único/último intento fue de 13 años, tanto para hombres como para mujeres (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998).

También en dos estudios realizados se encontró que la prevalencia del intento suicida, en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México fue de 8.3% en 1997 y en el 2000 se incrementó a 9.5%. Se observó que tanto en hombres como en mujeres con reporte de intento suicida, fue similar el perfil de las características del intento suicida en cuanto a: edad, recurrencia, motivos, métodos y letalidad (González-Forteza, Villatoro, et al, 2002).

En lo que respecta a la ideación suicida, en un estudio realizado en una muestra representativa de adolescentes estudiantes de nivel de educación media y media superior en el DF, se encontró que el 47% de los estudiantes reportó al menos un síntoma de ideación suicida presente en la semana previa al estudio, el 17% reportó haber pensado en quitarse la vida, y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos que componen la escala de ideación suicida (López, et al, 1995).

Por otra parte, se ha visto que el abuso de drogas también es un factor de riesgo muy significativo del suicidio. Blumental (1988, citado en Ros, 1998) indica que la incidencia del suicidio entre las personas que consumen drogas

es 20 veces más que en la población general y de cierta forma el 70% de las conductas suicidas en los jóvenes se asocia con el abuso de drogas.

En el estudio que se realizó para conocer la prevalencia de intento suicida en estudiantes de nivel medio y medio superior de la CD de Pachuca Hidalgo, y la relación que tiene con el malestar depresivo y el uso de sustancias, se encontró que el uso de alguna droga ilegal fue cuatro veces mayor en los hombres con intentos anteriores (21%), que en los que nunca habían intentado quitarse la vida (5%). En cuanto a las mujeres con intento de suicidio se encontró que el 11% consumía drogas en comparación con un 3% que nunca había intentado suicidarse (González-Forteza et al, 1998).

En la encuesta estudiantil del 2000, se encontró que el consumo de drogas estuvo presente en el 46.7% de los adolescentes que intentaron suicidarse. Las mujeres que intentaron suicidarse consumen principalmente drogas médicas, en tanto que los hombres con intento consumen las drogas ilegales (González-Forteza, Villatoro, et al, 2002).

El analizar las prevalencias actuales del consumo de drogas en el Distrito Federal, da un panorama más amplio de la magnitud de estos dos fenómenos, ya que el 14.7% consumieron drogas alguna vez en la vida y el 5% son usuarios regulares. En tanto que, en la población de adolescentes que han intentado suicidarse la cifra es tres veces mayor (Villatoro, et al, 2003).

Debido a lo encontrado en las investigaciones realizadas en México acerca de la ideación e intento suicida en adolescentes, y tomando en cuenta el aumento que esta teniendo dicho fenómeno, así como la presencia de algunos cambios sociales subyacentes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes, y los cambios en el perfil epidemiológico del país, es necesario orientar una mayor atención a estos problemas, dado que parecen tener un alto índice predictivo de las conductas suicidas.

Aunque es difícil estudiar el intento e ideación suicida, sí se detecta a tiempo a los adolescentes que presentan estas conductas, se pueden evitar muchos

suicidios. Por lo tanto, al conocer los factores de riesgo de dichas conductas, se pueden iniciar acciones de investigación y preventivas, para esta población, que como se ha visto, es donde tiende a aumentar este problema.

Por la importancia de dicha problemática y tomando en cuenta lo planteado anteriormente, la presente tesis tiene como objetivos generales: a) conocer la relación de la ideación e intento suicida de los adolescentes estudiantes con el consumo de drogas y b) conocer la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes estudiantes.

Asimismo, con los resultados que se obtengan de la presente investigación, se podrá contribuir al diseño, instrumentación y evaluación de programas que incidan en la prevención de la ideación suicida y del intento suicida, que por sus características son los mejores predictores del suicidio consumado.

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa en la cual se experimentan cambios muy rápidos en cuanto al crecimiento físico, emocional, social e intelectual. Asimismo se produce una variación en la manera como las personas se relacionan con el mundo que les rodea. Esta etapa que se inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, se ha visto envuelta en una variedad de rituales, en los cuales se reconoce el comienzo de la capacidad reproductiva (Hurlock, 1994).

En esta etapa, es probable que el adolescente pierda la confianza en sí mismo, debido a que trata de encontrar su propia identidad y que con la llegada de los cambios físicos, emocionales y sociales, también pueda perder la confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. También tiende a disminuir su destreza física, ya que los cambios provocan un período de ajuste de sus esquemas sensoriomotores, según las nuevas dimensiones de sus extremidades y de su fuerza.

Es así que, la adolescencia podría convertirse en una etapa cada vez más compleja y difícil de solucionar. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a alargar situaciones dependientes con respecto a los adultos.

1.1 Definición de Adolescencia

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina “adolescere”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta. Cabe mencionar que también es catalogada como una situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica (Hurlock, 1994).

Hall (1904) describe a la adolescencia como un periodo de “tormentos y estrés”inevitales”, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los

adultos. Por su parte, Freud (1905) definió a la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión (Morris, 1992).

Broocks (1959) denomina adolescencia al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 12 ó 13 años y los 20. Dice que es en el transcurso de esta época cuando las funciones reproductoras alcanzan la madurez y se presentan cambios físicos, mentales y morales los cuales se reproducen de forma simultánea.

Al respecto, han surgido algunas confusiones al considerar diferentes definiciones de la adolescencia, debido a que los diversos autores han utilizado una terminología distinta para describir esta etapa o lo que es aún más complicado, han utilizado la misma palabra para describir aspectos distintos, y algunos hasta han llegado a ser mutuamente excluyentes (Harrocks, 1994).

Por ejemplo Gesell, y Ames (1956) hablan de juventud y la definen como el periodo comprendido entre los 10 y los 16 años; Hall (1911) considera que este periodo es el comprendido entre los 8 y los 12 años, y Landis (1952) restringe el uso del término juventud a los últimos años de la adolescencia. El término pubescencia, es empleado comúnmente para describir los aspectos de maduración sexual de la adolescencia (Harrocks, 1994).

En la actualidad, existen muchas teorías que explican el fenómeno de la adolescencia. Con el apoyo de diversos estudios sistemáticos e investigaciones experimentales, se han eliminado algunos de los conceptos erróneos que había acerca del desarrollo del adolescente; sin embargo aún quedan muchos problemas por resolver.

En este sentido se ha tomado la siguiente definición de adolescencia, que se cree es la más apropiada para los fines del presente estudio: “La adolescencia es periodo de transición a la edad adulta, es un fenómeno sumamente complejo, que está influido por factores biológicos, psicológicos que son propios de la edad del individuo así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo” (Monroy de Velazco, 1990 citado en Camacho e Iniesta, 2003).

1.2 Características de la Adolescencia

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo. Por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el curso que toman los afectos y el concepto que la persona tiene de sí misma. Por su parte, la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura y por lo tanto de las extremidades, es probable que el crecimiento desigual de los huesos y de la cara, hagan que el adolescente se pueda sentir inseguro debido a su apariencia (Hurlock, 1994).

Se dice que la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Sin embargo, se ha dicho que este período inicia cuando las hormonas sexuales se activan y aparecen las características sexuales secundarias. En la mayoría de los niños esta edad varía de entre los 10 y 15 años y en las niñas, entre los 9 y 14 años. La mayoría de las personas cree que la pubescencia inicia a los 10 años, debido a ello muchos niños que aún no han llegado a la pubertad son llamados adolescentes (Harrocks, 1994).

En sí, la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más conciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de sí mismo que se vaya forjando, así como al concepto que tenga de los demás y busca el status como individuo. En esta época, también es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad. A la par van surgiendo los intereses sexuales, lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

Por otra parte, también es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero a su vez es característico del

individuo. Se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo, al mismo tiempo que se alcanza la madurez física.

Por último, cabe mencionar que la adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencias académicas. También, tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores, que va acompañada del desarrollo de los propios ideales y la aceptación de su persona (Harrocks, 1994).

1.2.1 Características fisiológicas

La pubertad, es la época en la cual los órganos reproductores obtienen madurez funcional. La edad promedio de la llegada de la pubertad se da entre los 12 y 13 años para las niñas y entre los 14 y 15 años en los niños. Sin embargo, los factores ambientales, así como los fisiológicos internos, parecen tener influencia sobre la edad en la que se presentará la pubertad en cada individuo (Harrocks, 1994).

La pubertad se asocia con el crecimiento y la actividad de las glándulas de secreción interna las que tienen funciones específicas como el estimular el crecimiento, ejercer influencias sobre las actividades metabólicas y regular la transformación física de los niños.

El lóbulo anterior de la glándula pituitaria produce dos hormonas que se relacionan con el desarrollo de la pubertad. Se trata de la hormona del crecimiento, que influye en la determinación del tamaño del individuo y la hormona gonadotrópica que cuando actúa sobre las gónadas las estimula con mayor intensidad.

Las glándulas sexuales, son las glándulas endocrinas que cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales. Las gónadas femeninas son los ovarios y las masculinas los testículos. Estas gónadas son estimuladas por la hormona gonadotrópica para que puedan desarrollarse

adecuadamente en la pubertad. Por su parte, los testículos tienen una doble función: producir espermatozoides y generar una o más hormonas que sirven para controlar los ajustes físicos y psicológicos que se requieren para que se pueda llevar a cabo la reproducción. El ajuste físico abarca el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como el posterior desarrollo de los mismos testículos, de la próstata, de las vesículas seminales y del pene.

Es evidente que la glándula pituitaria y las gónadas deben funcionar recíprocamente, con una acción bien regulada por parte de ambas, para que el crecimiento se produzca adecuadamente.

También cabe mencionar, que existen otros cambios fisiológicos como los que ocurren en la circulación, específicamente en el pulso, en la presión sanguínea y cambios en el metabolismo de respiración y energía. Uno de los aspectos más importantes del desarrollo fisiológico es la gran variación y fluctuación individual que ocurre.

Retomando lo anterior se puede decir que el adolescente pasa por muchos ajustes fisiológicos, los cuales alcanzan la estabilidad en la edad adulta. Por tal motivo, a la adolescencia se le puede considerar como un período de aprendizaje fisiológico (Harrocks, 1994).

1.2.2 Características biológicas

Las características biológicas de la adolescencia son principalmente: un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo muy rápido de los órganos reproductores y la presencia de los rasgos sexuales secundarios.

Como se ha mencionado, la pubertad es la obtención de la madurez sexual y la capacidad de reproducirse. En las mujeres, esta se caracteriza por el inicio de la menstruación y en los hombres por la primera emisión de semen.

Maduración sexual del hombre

Los hombres generalmente empiezan su crecimiento acelerado uno o dos años después que las mujeres. Su patrón de crecimiento es muy distinto ya que los

hombres se ensanchan más de las caderas y gran parte del tamaño del cuerpo aumenta en musculatura más que de grasa. A su vez, el pene y el escroto aumentan su crecimiento aproximadamente a los 12 años y terminan de madurar tres o cuatro años más tarde. El pene se alarga y el glande se ensancha, y los testículos crecen. Un año y medio después de que el pene comienza a crecer se presenta la primera eyaculación, aunque la producción de espermatozoides inicia antes. Esta eyaculación pocas veces contiene espermatozoides fértiles. También se presenta el crecimiento del vello púbico y a la par se desarrollan los genitales. Y mientras se va desarrollando la laringe y se alargan las cuerdas vocales, su voz se hace más profunda; el pelo en el pecho es la última característica en aparecer.

Maduración sexual de la mujer

El crecimiento acelerado en las niñas comienza aproximadamente a los 10 años. Sus proporciones van cambiando a medida que las caderas ensanchan y el cuerpo se va llenando de grasa. A la mitad de los 10 años los pezones cambian, al mismo tiempo los ovarios, la vagina y el útero comienzan a madurar. También el vello púbico se aparece en la vagina y posteriormente en las axilas.

La menarquía o primera menstruación, que es el signo principal de la transición de la niña a la adolescencia, se presenta después de que el estirón de crecimiento llega a su punto culminante. Cabe mencionar que la idea de que la menarquía indica que se ha alcanzado la madurez de las funciones reproductivas es errónea. No obstante, algunas adolescentes pueden procrear poco después de que se presenta, casi la mitad no son fértiles hasta después de uno o dos años.

Por otra parte, es importante mencionar que todos los cambios que se presentan en esta etapa pueden tener repercusiones tanto psicológicas como físicas, que tienen que ver en como los adolescentes se sienten acerca de sí mismos, la forma en la cual perciben a su cuerpo, es decir si lo ven con orgullo, con incomodidad, o con vergüenza, lo cual va a depender del contexto psicosocial en el que se encuentren al momento en que se presente esta etapa.

1.3 Desarrollo Cognoscitivo

La cognición es un proceso por el que un organismo adquiere conciencia u obtiene conocimientos en relación a un objeto. El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia, se caracteriza por presentar un pensamiento abstracto y por el uso de la metacognición.

Las operaciones de inteligencia infantil son puramente concretas, sin embargo entre los 11 y 12 años el pensamiento sufre una transformación, es decir que del pensamiento concreto se pasa al pensamiento formal o también llamado pensamiento hipotético-deductivo (Piaget, 1959 en Copland, 1973, pp. 23-35).

A medida que la persona entra a la etapa de la adolescencia, sus procesos mentales presentan una continua tendencia a hacerse más elaborados y complejos, como resultado de la experiencia y la maduración.

En esta etapa el adolescente ya es capaz de construir sistemas y teorías, se preocupa por problemas que no tienen relación alguna con los acontecimientos que se viven diariamente, es decir que tienen la capacidad de construir teorías abstractas.

Una de las características principales de la adolescencia es la libre actividad de la reflexión espontánea, lo que quiere decir que el adolescente siente como una necesidad el razonar y consigue una gran satisfacción al hacerlo. Sin embargo, aún no adquiere la suficiente autocritica y debido a ello en ocasiones se involucra en discusiones, de las cuales va adquiriendo las herramientas para madurar (Piaget, 1959 en Copland, 1973, pp. 23-25).

La transición al periodo de las operaciones formales¹, se debe a las presiones culturales, a la necesidad de adquirir roles de adulto, a la maduración de estructuras cerebrales y las nuevas experiencias de aprendizaje y de vida social. Los adolescentes desean estimulación intelectual y reaccionan de

¹ El cual es un período abstracto, especulativo e independiente del entorno y las circunstancias inmediatas, comprende considerar las posibilidades y comparar la realidad con cosas que pudieran ser o no. Asimismo, exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis y manipular tanto lo conocido como las cosas contrarias a los hechos¹ (Craig, 2001).

manera favorable a está cuando la reciben. Sin embargo, no todos los adolescentes tienen la capacidad de pensar mediante las operaciones formales en todo momento. En general, se puede suponer que ni la edad cronológica, ni el paso del tiempo son determinantes para el desarrollo cognoscitivo (Craig, 2001).

1.4 Desarrollo Emocional

“La emoción es esencialmente un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por las situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, así cambian también las situaciones y el modo de reaccionar de la conducta. La duración, la forma y las consecuencias del cambio no son fortuitas, son lo bastante consecuentes para permitir extraer la conclusión de que la conducta emocional se desarrolla por grados” (Gesell, 1958, p.352).

Gesell menciona que el crecimiento emocional es un proceso progresivo, el cual involucra una serie de relaciones interpersonales que abarcan las rutinas del cuidado personal, a los intereses y actividades del hogar, la escuela, la comunidad, a la ética de la vida diaria, etc.

Asimismo, plantea que el desarrollo emocional del adolescente, se va dando a través de gradientes de crecimiento, los cuales van mostrando cómo las emociones van cambiando año con año, de acuerdo con el aumento del nivel de madurez. También dice que existen ciertas características emocionales que son persistentes y que podrían atribuirse al carácter innato de cada persona.

Asimismo, las emociones registran y dirigen las reacciones del individuo, estas emociones muestran y cambian las reacciones fisiológicas, las psicológicas, y así van formando parte de los procesos mentales y morales de la percepción, el juicio, la decisión y la estimación que influyen en la formación del carácter del adolescente.

Las emociones que se presentan comúnmente en los adolescentes son: el miedo, la preocupación, la ansiedad, la ira, el disgusto, la frustración, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad.

Toda experiencia que se vive acompañada de una emoción intensa, puede ejercer una gran influencia sobre las actitudes, los valores y el comportamiento futuro del individuo. La incidencia puede ser favorable o desfavorable; las consecuencias desfavorables de las emociones desagradables pueden ser destructivas, por lo tanto, es necesario que estén controladas si se desea que el individuo logre un adecuado ajuste personal y social (Hurlock, 1994).

El estar expuesto a una constante tensión emocional, que surge de la inadecuación personal o de condiciones ambientales que no son adecuadas, mantiene al adolescente excitado y dispuesto a responder excesivamente frente a cualquier situación. Es decir, que se convierte en una persona inadaptada, e ineficaz, lo cual puede conducir a tener una salud deficiente tanto en el aspecto físico como en el mental y adoptar conductas de riesgo como el consumo de drogas y las conductas suicidas.

1.5 Desarrollo Social

La separación de la familia es un suceso muy importante en la vida de los adolescentes. Para que este cambio tenga lugar, el adolescente debe desarrollar un sentido de sí mismo estable o de identidad (Erikson, 1968 citado en Morris, 1992).

Por lo tanto, una de las tareas principales que se presentan en la adolescencia es la formación de la identidad, que es un sentido coherente de individualidad que se forma a través de la personalidad y de las experiencias del adolescente. Al respecto se dice, que el perfeccionamiento de las facultades cognoscitivas ayudan a que se puedan analizar los roles, identificar contradicciones y conflictos en éstos y reestructurarlos para que se pueda forjar dicha identidad (Craig, 2001).

De acuerdo con Erikson, la formación de la identidad es un proceso prolongado y complejo de autodefinición que ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro de cada persona y crea una estructura que permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida.

Dicho autor menciona, que el proceso de formación de la identidad es el principal obstáculo que los adolescentes tienen que superar, para que puedan realizar una transición exitosa hacia la vida adulta.

En la adolescencia los jóvenes pueden explorar diversos campos, tratar de encontrar algo que encaje con sus propias necesidades, intereses, capacidades y valores. Todas las decisiones que se tomen contribuirán a forjar su identidad. No obstante, se debe tener en cuenta que los factores socioeconómicos también juegan un papel importante en la formación de ésta identidad.

Por su parte, Marcia (1980, citado en Hoffman y et al, 1996) basándose en la teoría de Erikson, propuso cuatro estados, o modos de formación de la identidad, los cuales pretenden determinar si el adolescente pasó por un período de toma de decisiones denominado “crisis de identidad” y si se ha comprometido con una serie específica de opciones, por ejemplo, la elección de una carrera. Dichos estados son: compromiso, difusión, moratoria, y construcción de la identidad.

En el compromiso, el adolescente persigue metas ideológicas y profesionales, pero dichas metas fueron adoptadas de manera muy prematura y más aún fueron decididas por los padres o maestros. Los jóvenes comprometidos, nunca experimentan una crisis de identidad, porque han aceptado sin objeciones los valores y las expectativas de los demás.

En la difusión, los adolescentes carecen de orientación y no parecen estar motivados por encontrarla. Tampoco han experimentado una crisis de identidad, ni han elegido un rol profesional, es decir, que están evitando la decisión.

En cuanto a la moratoria, los adolescentes pasan por una crisis de identidad, se encuentran en un estado de toma de decisiones, que pueden ser sobre aspectos profesionales, valores éticos, religiosos o filosóficos. Es decir, en esta fase les preocupa “encontrarse a sí mismos”.

Por último, en la construcción de la identidad, el joven ha finalizado el esfuerzo, ha hecho sus elecciones y persigue metas profesionales o ideológicas. Esta fase, suele considerarse el estado más conveniente y maduro.

Por lo tanto, se puede decir que, el estado de identidad influye de modo profundo en las expectativas sociales del adolescente, en su imagen personal y en sus reacciones ante el estrés.

Como se mencionó, parte de la formación de la identidad implica cierto grado de separación de la familia. En este periodo de separación, los adolescentes acuden a su grupo de amigos, quienes les proporcionaran apoyo, que hace posible su autonomía y el que puedan experimentar con diferentes culturas y satisfacer sus necesidades emocionales.

La presencia del fenómeno grupal en esta etapa, tiene gran importancia y trascendencia ya que responde a la búsqueda que el adolescente hace de una nueva identidad, es un periodo de importantes cambios, en los llamados núcleos de pertenencia: principalmente en la familia. El lazo grupal, le provee de todo lo que el desea encontrar, ya sea seguridad, reconocimiento social, un marco efectivo y medio de acción, es decir, un espacio vital, en donde no este presente el dominio de los adultos (Rodríguez, 1994 citado en Alcántar, 2002).

1.6 Desarrollo de la Personalidad

La personalidad es el centro de la individualidad de una persona y determina la condición en como ésta se va adaptar a su ambiente. La personalidad se ha definido como la estructura de los hábitos y significados personales que le dan un trayecto a la conducta (Horrocks, 1994).

Por lo general, la personalidad se analiza por medio de la clasificación de conductas dentro de varias categorías, las cuales van a representar las dimensiones que tiene dicha personalidad. Asimismo, se dice que si la personalidad cambia con la edad, las dimensiones de la personalidad, permanecerán estables a través de las distintas etapas de la vida.

Los principales cambios que se dan en la personalidad, se presentan en la etapa de la adolescencia, con algunas fluctuaciones año con año. Durante dicha etapa, se presentan importantes diferencias en relación al sexo, que se atribuyen al aspecto cultural y a las expectativas que se tienen en cuanto a los roles sexuales.

La personalidad del adolescente, se caracteriza por ciertas conductas y algunas reacciones que tienen dichos adolescentes. Por ejemplo, se experimenta la autosuficiencia, se presentan algunas conductas de dependencia, al igual que la ansiedad y la hostilidad.

Asimismo, conforme va avanzando la etapa, el adolescente va adquiriendo mayor experiencia y conductas de enfrentamiento más efectivas, y disminuye la necesidad de desarrollar conductas como la hostilidad y la ansiedad, pero esto solo sucede cuando el desarrollo es normal.

En el último periodo de la adolescencia, los jóvenes muestran rasgos de ser más convencionales realistas y prácticos. Esta última etapa está establecida cada vez más por la cultura, a medida que los jóvenes se vuelven menos idiosincrásicos y empiezan a participar dentro del grupo cultural de la sociedad adulta.

1.7 Problemas de la Adolescencia

Como ya se ha mencionado la adolescencia es una etapa de constantes cambios, los cuales son de índole psicológica, física y social. Dichos cambios hacen que el adolescente se torne más vulnerable, ya que surge una crisis de identidad que los enfrenta a si mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, lo cual les produce sentimientos de ansiedad, tensión, estrés, etc,

que a veces no pueden controlar. Esto puede llevarlos a ciertas conductas de riesgo, como son: el consumo de drogas, el intento de suicidio y en situaciones extremas al suicidio consumado (Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, González-Forteza, Amador & Bermúdez, et al, 2003).

En relación a lo anterior, en las últimas décadas se ha observado un incremento paulatino pero constante de la conducta suicida en los adolescentes, tanto en México como en otras regiones del mundo. Cabe mencionar, que las tasas de suicidio consumado son más altas en los hombres, mientras que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1998).

En la actualidad el suicidio es uno de los fenómenos que se presentan en un alto porcentaje entre los jóvenes. Las muertes por suicidio constituyen, después de los accidentes automovilísticos, la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 24 años.

Es importante tener en cuenta que un intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino impredecible, sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos, que inicia con problemas tempranos de desarrollo en la infancia, las cuales hacen que el adolescente no sea capaz de tratar con las demandas normales que implica su desarrollo.

Asimismo, para que se de un intento de suicidio, tienen que estar presentes otros acontecimientos externos en la vida de estos adolescentes. El intento de suicidio puede ocurrir en un momento en que había una posibilidad de que su vida experimente un cambio; no ocurre sólo cuando el adolescente está deprimido, sino cuando ha ocurrido algo que le quita todas las esperanzas de cambio que tenía (Laufer, 1999).

En algunas investigaciones se ha dicho que el suicidio puede estar asociado con el consumo de drogas, o con trastornos psiquiátricos. Sin embargo, no en todos los adolescentes se observa un trastorno mental diagnosticable y en este caso, el papel principal lo desempeñan los factores personales y sociales.

Es importante mencionar, que la presencia de algunos cambios sociales subyacentes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes, y los cambio en el perfil epidemiológico del país, contribuyen a que aumenten las tasas de suicidio en ésta etapa de la vida que es tan vulnerable (González-Forteza, Ramos, Mariño & Pérez, 2002).

Como ya se mencionó, el consumo de drogas es otro problema que se presenta en la adolescencia, ya que en esta etapa se despierta la curiosidad e impera una necesidad de experimentar nuevas cosas, que van utilizando para poder resolver los problemas que se les presentan a diario y por el proceso de búsqueda de su identidad. Sin embargo, cabe mencionar que no todos los adolescentes se ven afectados por este problema, y que algunos no consume drogas o si lo hacen, dejan de usarlas en poco tiempo (Villatoro, et al, 2002).

Al igual que en las conductas suicidas, existen muchos factores por los cuales los adolescentes se involucran en el consumo de drogas, uno de ellos es el ambiente que rodea al adolescente, la desorganización social (ambiente hostil, zonas de alta delincuencia, alta disponibilidad de las drogas, etc), una inadecuada socialización y la tensión, el estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que juega el adolescente (Villatoro, et al, 1996).

Otros factores importantes son: la familia, los amigos y la escuela. Algunos autores mencionan que si un adolescente deja los estudios, se encuentra en un ambiente familiar inestable y tiene amigos que incurran en conductas antisociales o en el consumo de drogas, va a ser muy probable que se involucre en las mismas conductas.

En tanto que, Conger (1980, citado en Alcántar, 2002) plantea que el mayor peligro que presentan los adolescentes al consumir drogas, es que el consumo se puede convertir en un sustituto para enfrenar los problemas de la vida diaria.

Como se ha visto, la transición de la adolescencia a la edad adulta, en muchas ocasiones es muy estresante, debido que al dejar la niñez, el adolescente tiene nuevas expectativas. De tal manera que se les exigen que se comporten como

adultos, lo que representa que tengan más responsabilidad, más compromisos. Por lo tanto, cuando los jóvenes no pueden cumplir todas esas tareas, se pone en riesgo su salud mental, ya que se presenta una baja autoestima, depresión, desesperanza y finalmente las conductas suicidas y /o el consumo de drogas.

Asimismo, se debe tener en cuenta que un desarrollo difícil y/o complicado puede influir para que se presenten las conductas suicidas, principalmente los cambios físicos, sociales y cuando surge la formación de la identidad. Aunque también es importante decir, que los cambios no afectan a todos los adolescentes de la misma manera, más bien depende del ambiente sociocultural en el cual se desarrollen.

En conclusión, se puede decir que al ser la adolescencia la edad en la que se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, dejando la infancia, y adquiriendo los roles de adulto, algunos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, incluso manifiestan y sienten que su futuro se encuentra fuera de control por lo que surge y ven en la ideación, el intento suicida y el consumo de drogas una salida ante tal situación.

Es así, que en el capítulo siguiente se abordaran varios aspectos relacionados con el suicidio, la ideación y el intento suicida, así como su historia, definiciones, e investigaciones que se relacionan con estos fenómenos.

CAPITULO 2. IDEACIÓN SUICIDA, INTENTO SUICIDA Y SUICIDIO CONSUMADO

El suicidio no es un tema novedoso, es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas, sin embargo la actitud que han tenido las sociedades difieren debido a las influencias religiosas, filosóficas, a las estructuras sociopolíticas y culturales pero sobre todo al concepto de muerte que se tenía.

2.1 Antecedentes Históricos

El suicidio a lo largo de la historia se asociaba, por lo general, a un personaje célebre o se integraba a una acción histórica importante. En la antigüedad era valorado como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país (Sarró, 1991).

En la India, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios en búsqueda del nirvana frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, esta doctrina se expandió bajo el impulso de Shiddharta Gautama, en donde existían dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía del enemigo. Mientras que en el Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el hara-kiri. También durante el culto, algunos creyentes se suicidaban para alcanzar a sus divinidades.

En la Grecia clásica el suicidio fue un fenómeno difundido y tuvo como mayores exponentes a filósofos como Anaxágoras, Soltares y Diodoro, entre otros. En Atenas se castigaba el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura, y se consideraba a este acto como una ofensa a Dios.

Por su parte, los filósofos estoicos, consideraban el suicidio como el medio para liberarse del sufrimiento, ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo, sus enseñanzas alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la patria o bien por los amigos a causa de un dolor intolerable.

En Roma, se observa la influencia tanto de los filósofos como Séneca y los literatos como Lucano (llamado “el poeta del suicidio”), al igual que de la política: cerca del emperador, los personajes en desgracia se suicidaban para proteger sus bienes de la rapacidad del tirano. Asimismo, el suicidio entre los esclavos era frecuente aunque prohibido, a los rescatados se les castiga severamente, debido a que los soldados romanos pertenecían al Estado y no podían disponer de sus vidas.

Asimismo, el cristianismo aceptó en los primeros siglos, que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, sin embargo esta opinión se fue modificando hasta volverse una actitud intransigente. San Agustín, lo calificó de pecado mayor, debido a que violó el quinto mandamiento, porque usurpa la función del estado y de la iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. De ahí siguió una actitud represiva ante el suicidio que persiste en nuestros días. Posteriormente, en el concilio de Arles (452), se declaró que el suicidio estaba inspirado por el demonio y en el 533 se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. Asimismo, Sto. Tomás de Aquino, quien consideraba al suicidio como el más grave de los pecados, honra la figura de San Agustín en el Concilio de Nimes de 1284, y el Derecho Graciano y condena todo tipo de suicidio. Durante Siglos el Derecho Canónico fue el único vigente en relación al suicidio, pero las primeras leyes laicas condenando la muerte voluntaria, aparecen en el siglo XIII, en Francia con Luis IX, en España con Alfonso X el Sabio, quien penaliza el suicidio mediante la confiscación de bienes pero además condena el auxilio a éste (Ros, 1998).

En el Renacimiento, persisten las mismas ideas respecto al suicidio a nivel popular, influido por ciertos escritores, como Dante. Paralelamente, surgen opiniones que disienten del suicidio como pecado o crimen, justificándolo en aquellas situaciones donde se buscaba mitigar el dolor y el sufrimiento. Es así que, se produce un cambio que lleva de un humanismo emocional a un humanismo racional, después de la revolución de Cópernico, Lucero, Descartes, Calvino, etc., se empiezan a discutir postulados teológicos y dudas sobre los dogmas.

Por otro lado, en Inglaterra, se publicaron apologías sobre el suicidio u opiniones sobre su legitimidad. En 1644, se publicó el poema *Biathanatos*, del poeta y clérigo Donne; en 1777, Hume publicó su ensayo *Sobre el suicidio*, proclamando el derecho del hombre a disponer de su propia vida. En Francia Montesquieu, Staël, Montaigne y Rousseau, entre otros, expresaron ideas similares.

El fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial. Dicho fenómeno se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza, alcoholismo, el crimen y la enfermedad. Esto se pudo ver con el autor Jesús Sarabia Pardo, quien en su obra “Suicidio como enfermedad social” (1889), interpreta el fenómeno señalando la relaciones entre pauperismo y suicidio, influencia de los cambios políticos y de las guerras y especialmente los actos derivados de la progresiva industrialización, como el aumento demográfico de las ciudades (Ros, 1998).

A principios del siglo XX, las posiciones respecto al suicidio en España, fueron por parte del jurista Riuz-Funes, que en su trabajo *Etiología del suicidio en España*, introduce la traducción que hizo al español de *El suicidio*, de Durkheim (1928), indicando que: “El suicidio es una afección moral de la sociedad” (Sarró, 1991).

En la actualidad, la actitud hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado. El suicidio solo era castigado en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios, los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra persona. Asimismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales como un problema médico y social.

Como su puede ver, durante siglos, el suicidio ha sido objeto de discusión moral y religiosa. En aquellos tiempos el suicidio consumado era sinónimo de libertad o locura, de una conducta racional o irracional. Siempre se evocaba el

suicidio como un acto humano, dicho tabú se relacionaba con prejuicios, que fueron generalizándose, provocando el rechazo por cuestiones religiosas, éticas o políticas (Sarró, 1991).

En este sentido, se puede decir que la valoración del suicidio a lo largo de la historia se ha ido transformado, lo cual ha dependido de aspectos culturales como: tradiciones, creencias religiosas y políticas, y de aspectos sociales como la familia, la estructura económica, etc.

Por lo tanto, es claro que el fenómeno del suicidio existe desde hace siglos, sin embargo todavía existen muchas interrogantes en torno a dicho fenómeno como: ¿Por qué la gente se suicida?, ó ¿cuáles son los factores que influyen para que se tome tal decisión?, etc.

Más adelante se presentara un panorama, que intenta dar una posible explicación a dichas interrogantes.

A continuación se presentan los criterios para definir cada una de las conductas suicidas, posteriormente se hablará de las distintas definiciones que los autores han propuesto para estudiar dichas conductas.

2.2. Criterios para la definición de las conductas suicidas

La certificación de los suicidios frecuentemente está marcada por una falta de consistencia y claridad, así mismo el grado de suicidios que son reportados o clasificados es desconocido.

Cada año los certificados de muerte son llenados de diferentes formas. En cada muerte certificada, se debe indicar si fue de forma natural, accidental, suicidio, homicidio o muerte no determinada. La ley dice que cuando en una muerte se sospecha de suicidio o de homicidio, se lleve a cabo una exploración médica o de un juez, para que este complete el certificado de muerte.

Estos datos pueden afectar el curso de las investigaciones en salud, el flujo de los recursos y hasta la política de la salud pública.

La determinación de suicidio requiere establecer que la muerte fue auto-inflingida e intencional. Un certificador puede concluir que la muerte no fue un suicidio si la evidencia disponible no lo comprueba, y así estos suicidios verdaderos se pueden certificar como accidente, muerte de causa natural o muerte no especificada.

Por tal motivo, algunas organizaciones como la American Academy of Forensic Sciences (AAFS), American Association of Suicidology (AAS) y el National Center for Health Statistics (NCHS), están trabajando para poder comprender las conductas suicidas y para poder desarrollar un criterio operacional. Dicho criterio se basa en una definición del suicidio: muerte sugerida, una acción inflingida sobre el sí mismo con el intento de matar a sí-mismo.

El propósito del criterio es mejorar la validación de las estadísticas para: 1) fomentar la consistencia y uniformar la clasificación; 2) marcar una certificación de muerte explícita; 3) incrementar la cantidad de información usada; 4) ayudar a los certificados en el ejercicio del juicio profesional y 5) establecer un estándar de práctica para la determinación del suicidio.

a) Criterios para la determinación del suicidio

En esta conducta, existen evidencias para determinar que la muerte de un sujeto fue autoinflingida. Esto se puede determinar si existe evidencia psicológica, patológica (autopsia), toxicológica o si existe una declaración, ya sea del fallecido (si dejó alguna nota), o de algún testigo.

b) Criterios para la determinación del intento de suicidio

Aquí, existen evidencias (explícita, implícita, o ambas), de que la persona que intenta matarse o lo desea, entiende las probables consecuencias de sus acciones. No obstante es muy difícil determinar si la herida fue autoinflingida y si realmente fue un intento de suicidio.

En algunas ocasiones, al parecer el suicidio no fue intencional, si no que fue accidental, ya que las evidencias pueden mostrar que el sujeto intentó sobrevivir; la persona probablemente tenía una historia de descuido, juicio pobre o previas heridas no intencionales similares a la herida fatal. En el caso de muerte como un resultado de una dosis excesiva de drogas o alcohol; si esta persona tenía una historia de usar altas dosis de drogas, esto puede indicar que murió de una sobredosis sin haberlo hecho intencionalmente (Gómez, 1996).

Por su parte Garrison (1991, citado en Gómez, 1996) opina que el establecer si fue un intento de suicidio es muy difícil, debido a que la conducta suicida puede ser motivada inconscientemente.

Otros autores denominan serio a un intento, si causó una severa disfunción física o si la intención suicida fue grave. Sin embargo, existe otro aspecto que tiene que ser tomado en cuenta, y es la posibilidad de que el medio haya intervenido (Stengel, 1965).

Si el grado de peligro para la vida tiene que ser el criterio de la severidad de un intento suicida, se deben tener en cuenta tres aspectos: 1) la amenaza potencial a las funciones corporales; 2) el grado del intento suicida y 3) la constelación social en el momento del intento, es decir las oportunidades de intervención del medio. Cabe señalar, que la mayoría de los actos suicidas fatales o casi fatales tienen un alto rango en por lo menos dos de los tres criterios.

En este contexto, la conducta suicida de baja letalidad es llamada conducta parasuicida y se refiere a una gran variedad de conductas autodestructivas. Estas conductas también se conocen como gesto suicida e intento fracasado.

La conducta suicida incluye las siguientes categorías:

- a) Suicidio consumado. Es cuando la persona se quita la vida con intento consciente.

- b) Intento de suicidio. Tiene todos los elementos del suicidio completo. Sin embargo, aquí las personas sobreviven debido a las circunstancias, buscando el intento controlado.
- c) Gesto suicida: Consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye amenazas serias de muerte.
- d) Amenaza de suicidio: Incluye un decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.
- e) Ideación suicida: Consiste en tener pensamientos de fantasía acerca de la propia muerte.
- f) Muerte subliminal: Se trata de un juego escondido o rol inconsciente acerca de una muerte. Es decir traer uno mismo la muerte o estar uno mismo en un lugar y en una posición extremadamente vulnerable.

Una vez que se definieron las conductas suicidas ya se puede hablar de sus características principales.

2.3 Definiciones

Antes de definir el suicidio, es importante mencionar, que uno de los principales problemas que se presenta al estudiar dicho fenómeno, es precisamente su propia definición.

Shneidman (1973, citado en Villardón, 1993), menciona algunas de las dificultades que presenta el concepto “suicida”. La primera se relaciona con el hecho de que la palabra “suicida”, se aplica a diferentes categorías de conducta; ya que se nombra suicida a la persona que ha intentado, ha pensado y ha cometido el suicidio. La segunda dificultad que se presenta, se encuentra relacionada con el aspecto temporal, debido a que se califica como “suicida”, tanto a la persona que en el pasado intentó una conducta suicida, como a la persona que en el presente lo lleva a cabo. Por último, se encuentra la idea de propósito, ya que la intención es un factor clave, el cual se debe tener en cuenta para definir un acto como “suicida”.

Según el Diccionario de uso del Español de Moliner (1981, citado en Sarró, 1991) el suicidio es definido como “la acción de matarse así mismo”. Por lo

tanto, suicidarse se define como “matarse voluntariamente a sí mismo”, y es precisamente la voluntad o intención lo que hace que posteriormente se torne complicada la distinción del suicidio como causa de muerte.

La dificultad del concepto de suicidio se vuelve más prominente, cuando se hace referencia a conductas que no son mortales y que son llevadas a cabo voluntariamente por la persona. Las conductas no fatales que menciona Shneidman (1973, citado en Villardón, 1993) son: los intentos, amenazas y pensamientos de suicidio.

Por su parte Pokorny (1986, citado en Villardón, 1993), de acuerdo a la nomenclatura y clasificación del Nacional Institute of Mental Health, propone el término suicidio consumado para hacer referencia a la muerte por suicidio y conductas suicidas para los términos relacionados. Menciona tres categorías de conductas suicidas: suicidio consumado, intento de suicidio y las ideas suicidas. También plantea que para poder conocer y calificar un acto suicida de una manera más objetiva, es necesario tener en cuenta aspectos tales como: certeza, letalidad, intención, circunstancias atenuantes y método lesivo.

Por último es importante mencionar que para el estudio de la problemática suicida se reconocen dos grandes categorías de análisis: 1) cuando el desenlace es mortal y deviene la muerte, suicidio consumado y 2) el parasuicidio, que engloba las diversas instancias, entre ellas esta el intento suicida y la ideación suicida (Diekstra, 1989, citado en Villatoro, et al, 2003).

2.3.1 Definición de Suicidio Consumado

El diccionario introduce en su definición el concepto “conductas suicidas”, debido a que se admite en ella, tanto la muerte autoprovocada, como el concepto de cualquier acción que perjudica al que la lleva a cabo, y es en esa dirección que los autores hacen referencia al concepto “Suicidio”.

La palabra “suicidio” fue utilizada por primera vez por el abate Desfontaines en 1737, menciona que su significado es una derivación del griego, que significa “muerte propia” (Morón, 1987).

Desahies (1947, citado en Sarró, 1991) lo define como el acto de matarse de una forma consciente, utilizando la muerte como un medio o como un fin.

Stengel (1965) por su parte dice que el suicidio es un acto fatal; y que por lo tanto, el acto suicida, es una pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles.

La Organización Mundial de la Salud en 1969 definió al acto suicida como “todo hecho por el que un individuo se causa así mismo una lesión cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil” (Ros, 1998).

Durkheim (1974, citado en Ros, 1998) denomina suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la persona misma, sabiendo que ella misma debía producir ese resultado; por lo tanto el suicidio es un acto consciente e intencional. Así, separa al suicidio de las muertes por imprudencia y por accidentes.

Becheler (1975, citado en Sarró, 1991) define al suicidio como una conducta que busca y encuentra una solución al problema existencial a través de la muerte.

Chávez, (1982, citado en Gómez, 1996), indica que el suicidio es un fenómeno complejo con factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan entre sí.

Saltijera y Terroba (1987, citados en Gómez, 1996), expusieron que el suicidio es una forma de enfermedad mental difícil de analizar, que incrementa el número de muertes innecesarias en algunos miembros más productivos de la sociedad.

Farmer (1988, citado en Mondragón, 1997) expone, que para muchos la autodestrucción es percibida como antinatural, o como una emoción semejante

al miedo y a la recriminación; el suicidio es usualmente visto como fracaso. También menciona que para los psiquiatras el suicidio representa un fracaso en el tratamiento con pacientes que prosperan. Según Farmer, la definición que se ha adoptado para el estudio del suicidio es la que él plantea: “él mismo es quien determina el ambiente y su uso” (1988, p. 500).

Por su parte Dieskstra (1993) lo describe, como un acto con fin mortal, que se inicia deliberadamente y es realizado por el sujeto con el conocimiento o esperanza de muerte.

Díaz del Guante, Molina y Cruz (1994), definen el suicidio como una conducta desviada, dirigida en contra de la persona misma.

Gómez (1996) menciona que el suicidio, no ocurre de una forma repentina, ni por impulsividad y tampoco es impredecible o inevitable, sino que es el paso final de un fracaso progresivo en el proceso de adaptación.

Algunos autores como Beck y Dieskstra (1989) valoran los actos suicidas como una secuencia de conductas que van desde la ideación, la amenaza, la tentativa, hasta el suicidio consumado. Por su parte autores como Menninger (1972), Farberow (1994), Giner y Leal (1982), extienden el concepto suicida hacia diversas conductas autodestructivas las cuales son heterogéneas tanto en forma como en expresión, pero tiene en común un fondo, el cual es un riesgo para la vida, debido a que implica la dualidad diálogo-juego con la muerte (Ros, 1998).

Desde la perspectiva epidemiológica, se puede decir que el suicidio es un acto dirigido a terminar la vida de manera autoinflingida y autodeterminada (Mondragón, 1997).

Por último, Thomas describe al suicidio como una acción de quitarnos la vida de manera voluntaria y deliberada, ya sea matándonos directamente o rechazando un atamamiento que nos mantenga con vida, es decir que el suicidio es “cualquier conducta motivada por una preferencia de la muerte sobre la

vida, que tiene como consecuencia inmediata el cese de la propia vida“(2002, p.21).

Como se ha visto existe una gran variedad de definiciones conceptuales, que van desde las que tienen su origen en la patología hasta las de origen social. Por lo tanto, al no tener una definición de forma generalizada, el fenómeno del suicidio se torna más complejo.

Aunado a lo anterior también se encuentran los mitos y concepciones erróneas que se han creado a lo largo del tiempo, la cuales obstaculizan los avances que se puedan tener respecto a este problema, así como también las labores de prevención. Una de las posibles soluciones que se proponen es, integrar las diversas dimensiones del fenómeno.

Para poder tener una visión más completa del problema del suicidio será definido el intento suicida.

2.3.2. Definición de Intento Suicida

El intento autodestructivo, también denominado tentativa de suicidio o parasuicidio es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte.

La diferencia que existe entre el suicidio consumado y el intento suicida, es que el intento no tiene como consecuencia la pérdida de la vida. El intento suicida, en el que no se produce daño físico, está relacionado con los instrumentos utilizados, los cuales no son tan efectivos para llevar a cabo el propósito autodestructivo que la persona tenía en mente (Marchiori, 1998).

Según Stengel (1965) el intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua.

Kreitman en 1969, impulsó la introducción del término parasuicidio, el cual definió como un acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada se autolesiona, o ingiere medicamentos en dosis mayores a los que el médico

prescribe, para dañarse. En esta definición el autor elimina el criterio de intencionalidad de morir (Sarró, 1991).

Por su parte, Morgan (1983, citado en Marchiori, 1998) menciona que el intento suicida es “un daño deliberado autoinflingido, no mortal”.

Finalmente, Dieskstra (1993), menciona que el intento de suicidio es un acto deliberado, que lleva al individuo a hacerse daño el mismo, sin resultados fatales.

Tomando en cuenta las definiciones anteriores, cabe señalar que si bien es cierto que todo intento de suicidio es un comportamiento que pone en riesgo la vida y que todo intento debe tomarse con seriedad para asistir con medidas terapéuticas, también es necesario mencionar que no todos los intentos presentan las mismas características (Marchiori, 1998).

La complejidad de este comportamiento en sus diversos procesos y su amplitud permiten observar los siguientes aspectos:

- 1) Tentativa gravísima de suicidio: por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, pero difiere en cuanto al resultado mortal en el acto. El individuo tiene idea de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte. Sin embargo, la persona presenta gravísimas heridas físicas.
- 2) Tentativa grave: Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad.
- 3) Tentativa leve: En estos casos las armas o los medios elegidos resultan imposibles de provocar la muerte ocasionando lesiones leves.
- 4) Tentativa sin daño: Son los casos en el que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

Al investigar sobre la intención suicida se puede conocer que la conducta suicida, es un fenómeno complejo, que se relaciona con el estado físico,

psíquico, social y demás circunstancias que rodean a la persona al momento de llevar a cabo dicha conducta.

Por último, cabe mencionar que para el presente estudio se tomará como base la definición de Stengel (1965).

2.3.3 Definición de Ideación Suicida

Dentro de las conductas suicidas, también se encuentra la ideación suicida, que está muy relacionada con el intento suicida y que tiene al igual que el intento varias definiciones.

Al intentar definir la ideación suicida, la situación se torna aún más compleja, debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, ya que se puede presentar como una idea momentánea, hasta una idea permanente y / o impulsiva o planeada.

Esquirol (1837), Deshaies (1947) y Meerloo (1966), plantean que la ideación suicida puede surgir cuando las personas se exponen a determinados estímulos. Sin embargo el hecho de pensar en el suicidio no predispone a que se realice el acto suicida (Sarró, 1991).

Moron (1987) la define como una representación mental del acto, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse.

Levy y Deykin, (1989, citado en González-Forteza, 1996) mencionan que la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima, con los intentos de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias, además de ser un constructo cognitivo que se presenta con frecuencia en los adolescentes.

Para Beck, (1979, citado en Mondragón, 2001), la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Esta definición es la que se utilizará en la presente investigación.

Por su parte, Medina-Mora, et al, (1994) mencionan que la ideación suicida son ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte.

En base a lo anterior, la conducta suicida es estudiada en diversas perspectivas, y en el siguiente apartado se describirán las más importantes.

2.4 Aproximaciones Teóricas sobre la Conducta Suicida

En el siglo XIX, es cuando se comienzan a elaborar teorías que tratan de dar una explicación a la conducta suicida. Las principales interpretaciones sobre el suicidio fueron las que surgieron de la teorías psiquiátricas y sociológicas, posteriormente se les unió la teoría psicodinámica y la teoría cognoscitiva.

2.4.1. Teorías Psiquiátricas

Desde la perspectiva psiquiátrica, el suicidio se ha considerado desde dos orientaciones: a) la clásica y b) la epidemiológica.

a) Orientación Psiquiátrica Clásica

Esta orientación se ha basado en la idea de suicidio como consecuencia de una enfermedad mental, es decir que el individuo se suicida por que está enfermo.

La concepción patológica del suicidio surgió en la primera mitad del siglo XIX, en el cual predominaron los trabajos e investigaciones de la escuela francesa. Pinel, en su clasificación de las enfermedades mentales, introduce al suicidio como una conducta mórbida. Por su parte su discípulo Esquirol en 1838, menciona que el suicidio es un síntoma psicópata. También refirió a la conducta suicida como una crisis de afección moral, la cual es consecuencia de las incidencias de la vida como: la ambición, venganza, orgullo,

remordimientos, problemas familiares, decepciones, dificultades económicas, entre otras (Sarró, 1991).

Por su parte, Deshaces (1947) criticó la postura psiquiátrica clásica, y mencionó que los patologistas del siglo XIX y principios del XX, habían creado un razonamiento lógico del suicidio, como un acto de locura bajo la forma de un silogismo falso, el cual postulaba que si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, por lo tanto, los suicidas son enfermos mentales (Sarró, 1991).

En tanto que, Ladame (1987) opina que todos los intentos de suicidio en adolescentes se asocian a una patología. Recientemente algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores entre ellos la serotonina y de otro tipo de disfunciones orgánicas (Villardón, 1993).

b) Orientación Epidemiológica

Desde la perspectiva epidemiológica el suicidio ha sido definido como un acto dirigido a terminar con la vida de manera autoinflingida y autodeterminada. De esta forma la conducta suicida se deriva de dos tendencias: una que impulsa al individuo a autodañarse y autodestruirse, y otra que lo impulsa a buscar que otros seres humanos muestren preocupación por él.

Esta perspectiva, trata de unir aspectos individuales con aspectos sociales. Los estudios epidemiológicos del suicidio, se han convertido en un enfoque de investigación de suicidio bastante común. Este tipo de estudios se centra en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo. La probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo. Entre los factores considerados para la identificación de los grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales.

Dentro de los factores sociodemográficos se consideran a la edad y el sexo. Y como factores de riesgo asociados a dicho fenómeno se encuentran el consumo

de drogas y el alcohol, también los diagnósticos clínicos de depresión y esquizofrenia.

2.4.2 Teoría Sociológica

La concepción paradigmática de las teorías sociológicas parte de la obra del sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917), que desde la publicación de su libro “El Suicidio” en 1897 se ha colocado como punto de referencia de las investigaciones sociológicas del suicidio.

Dentro de sus teorías acerca de la integración social, Durkheim (1897) se apoya principalmente en la cuestión de las necesidades emocionales y mentales. Plantea que el hombre como ser esencialmente social, tiene la necesidad de pertenecer a algo fuera de sí mismo, es decir a una comunidad, por lo que debe asumir las reglas y normas de ésta y sentirse parte de un grupo integrado. Es así que, la satisfacción de sus necesidades dependerá de las condiciones sociales dentro de su comunidad.

Al respecto, consideró que la causa de la conducta autodestructiva era la imposibilidad del individuo de satisfacer las necesidades antes mencionadas y sugirió como regla general, que la frecuencia del suicidio varía de manera inversamente proporcional con el grado de integración de cada individuo a su grupo de pertenencia. Esto quiere decir que, cuanto menos integrados estén los miembros de un grupo o subgrupo cultural a éste, estos estarán más propensos a realizar conductas autodestructivas y suicidas. Aunque el suicidio parezca estar determinado por acontecimientos personales y particulares, en realidad también es el resultado de ciertas circunstancias sociales.

Para dicho autor, la moral y el clima de la sociedad, son factores que moderan el número de suicidios. Asimismo, separa al suicidio de las muertes por imprudencia y de las muertes por accidente. Sin embargo, aunque el hecho en sí es consumado por un individuo de manera particular e íntima, él señala que en lugar de observar en estos acontecimientos sólo eventos aislados, carentes de relación entre sí, se deben considerar todos los que han sido cometidos en una sociedad durante un tiempo determinado, como una totalidad.

Bajo el supuesto teórico de que distintos tipos de integración social producen diferentes tipos de suicidio, Durkheim identificó tres tipos de suicidio:

1. Suicidio Egoísta: Era considerado la máxima causa del suicidio, y es donde la persona carece de vínculos sociales y padece soledad y aislamiento.
2. Suicidio Altruista: En el cual la sociedad dictaba su acción suicida por su excesiva integración al grupo social.
3. Suicidio Anómico: Se produce cuando hay un trastorno o cambio que rompe el equilibrio entre la sociedad y la persona, dejándolo sin normas alternativas que le sirvan de modelo.

Posteriormente, Dohrenwend, reconocería en Durkheim un cuarto tipo:

4. Suicidio fatalista: Se presenta como solución a un estado de control insoportable.

Como método de investigación, Durkheim se apoyó en la comparación, la cual presenta las siguientes modalidades: 1) comparar hechos que se reproducen en una misma sociedad; 2) hechos que se producen en dos o más sociedades del mismo tipo y 3) hechos que se producen en dos o más sociedades de diferente tipo.

Con ello, comparó las tasas de suicidio consumado de las estadísticas oficiales de diversos países para establecer las causas del suicidio; y encontró que el suicidio es el resultado de la influencia y actuación de unos hechos sociales que interactúan con estados individuales; que los suicidios están más presentes en las ciudades, que son más propios del sexo masculino y que en todos los países la tendencia al suicidio crece regularmente con la edad. Defiende que la raza no influye en la conducta suicida y niega la tendencia hereditaria (Sarró, 1991).

Otros autores con el mismo enfoque sociológico estudiaron la relación de la conducta suicida con aspectos sociales como: nivel socioeconómico, clase social, actividades ocupacionales y roles sociales. Walter Martin y Jack P. Gibbs en 1964, propusieron una teoría que relaciona la desintegración del estatus social con el índice de suicidios. Asimismo, son numerosos los estudios llevados a cabo sobre el aislamiento social dentro de las conductas suicidas entre ellos se encuentran los de Murphy y Robins (1967). Todos estos autores encontraron una relación significativa en la proporción de suicidios en los individuos socialmente aislados.

Por su parte, Henry y Short (1954) utilizan el constructo psicológico de frustración-agresión propuesto por Dollard, Doob, Millar y Sears (1939) como un concepto básico, donde se dice que el suicidio es parecido a un homicidio. Dichos autores expusieron que cuando el ambiente es frustrante, el individuo puede bloquearse o frustrarse para alcanzar una meta, lo cual da como resultado la conducta agresiva.

Por otro lado, el suicidio también es explicado en la teoría de la alienación de Marx; donde se menciona que la sociología marxista hace del suicidio un fenómeno ligado ante todo a la estructura capitalista de la sociedad. Se plantea que en una sociedad sana y comunista, no habría suicidios (Morón, 1992).

2.4.3 Teorías Psicoanalíticas

El punto de vista psicoanalítico se basa primordialmente en el concepto de depresión que plantea Freud así como en su postulación de la existencia de un instinto de muerte.

En 1910 en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, se discutió sobre el suicidio. La visión del suicidio como un homicidio frustrado o agresividad interiorizada fue expuesta por Shekel, diciendo que nadie se mata así mismo a menos que desee la muerte del otro. También se comentó la importancia de la falta de amor como causa del suicidio.

Sin embargo, es a partir de sus obras *Duelo y Melancolía* (1917) y *Más allá del principio del placer* (1920), cuando comienza a asociar la relación del suicidio con la depresión y la agresión introyectada. Para Freud, el suicidio era un síntoma doloroso producto de las tendencias autodestructivas que podían estar presentes en cierto grado, en toda persona volviéndola vulnerable.

En su obra *Duelo y Melancolía* (1917) Freud define a la melancolía como una afección donde la pérdida de objeto es inconsciente, mientras que en el duelo, la pérdida de objeto sería consciente. Debido a ello declara que ningún neurótico experimenta impulsos suicidas que no sean impulsos homicidas, primero orientados hacia otras personas y posteriormente contra el yo.

Por tal motivo, Freud llegó a la conclusión de que había dos clases de impulsos: a uno le llamó “instinto de vida, Eros o impulso sexual”; al otro lo llamó “instinto sexual de muerte, Thanatos o impulso agresivo o destructivo. Dichos impulsos se manifiestan durante el período de desarrollo por fijación a las zonas oral, anal y fálica. La fusión de los impulsos eróticos con los impulsos agresivos, los libera de su cualidad destructiva, permitiendo la sublimación de estos últimos, de manera que el individuo será capaz de hacer una contribución positiva al proceso de su vida.

La condición de una fusión de los impulsos destructivos y sexuales, es muy importante; la actividad autodestructiva emerge cuando el funcionamiento del elemento neutralizante del amor es complejo o ineficaz. En una persona que se suicida, el impulso destructivo de repente desborda sus límites, asalta el poder y pone fin inmediato a la existencia del individuo.

También mencionó que el instinto de muerte, es en esencia conservador y no busca nuevas experiencias sino que trata de encontrar un estado de completo reposo. El instinto de muerte por lo tanto, busca el pasado y tiende hacia el eterno descanso; y dicha tendencia puede encontrar su expresión en el suicidio.

Al observar a los pacientes deprimidos, a Freud, le llamó la atención el hecho de que la depresión incluye un sentimiento de ira contra alguna otra persona

que se vuelve en contra del propio paciente, y así, llegó a la conclusión de que el suicidio debe ser la última forma de este fenómeno y que no hay suicidio sin el deseo implícito de matar a otra persona.

Asimismo enfatizó que la melancolía y el suicidio subsecuentes son a menudo el resultado de la agresión dirigida, por lo menos parcialmente hacia el objeto amado introyectado, que es con el que se había identificado el sujeto en las primeras etapas. Posteriormente estableció al suicidio, como una manifestación extrema del componente activo del instinto de muerte dirigido contra sí mismo.

Por su parte, Menninger (1938, citado en Sarro, 1991) se interesó por las actitudes negadoras sobre la realidad del riesgo suicida de una persona, por parte de familiares o amigos, que desatienden los avisos del suicida a o las advertencias de los médicos. Describió las tendencias autodestructivas que pueden encontrarse en una serie de actos que no son considerados suicidas, pues los componentes agresivos pueden conducir a una destrucción crónica y gradual.

En su obra “El hombre contra sí mismo” (1938) menciona que el impulso hostil en la idea de suicidio está integrada por tres aspectos: 1) el deseo de muerte, que implica la idea de Freud de agresividad y destructividad dirigida hacia el interior, realizando un asesinato, esto significa más que nada tranquilidad, anulación de tensiones, satisfacer el deseo de ser pasivo y dormir; 2) el deseo de estar muerto, se refiere a un deseo de ser castigado o de sufrir, que ocurre como resultado de los sentimientos de culpa y de la conciencia real o imaginaria de trasgresión de varias clases. Dichas transgresiones pueden incluir la noción de Freud de deseos de muerte dirigidos hacia otros como a los padres; y 3) el deseo de morir, que explica mejor la manifestación del instinto de muerte que es más poderoso que el instinto de vida y pone fin a la existencia de la persona.

También clasificó a los suicidios en dos categorías: los 1) Suicidios crónicos, aquí incluye al alcoholismo, la conducta antisocial, la invalidez crónica y neurótica, el martirio y la psicosis y 2) Suicidios localizados, aquí se

encuentran las automutilaciones, las enfermedades fingidas, los accidentes intencionados, la impotencia, la frigidez y la policirugía.

Dentro de la Teoría Psicoanalítica, también existe la postura del autor Adler (1959) que considera al individuo como un ser sociable, al cual no se le puede considerar como aislado, sino como parte de un contexto social. Para dicho autor la deficiencia en el interés social es el común denominador de los neuróticos psicóticos, alcohólicos, drogadictos, prostitutas, así como de los suicidas. Enfatizó la inferioridad, el narcisismo y la baja autoestima como las características de una víctima potencialmente suicida.

Las observaciones generales de Adler sobre el suicidio son las siguientes:

- Las tendencias suicidas, como la depresión a la que se relacionan estrechamente, se desarrollan en individuos cuyo método de vida, desde la infancia temprana, ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas.
- El estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando el mismo se lesiona. Ocasionalmente, el suicidio se combina con la agresión abierta, como en los casos en que va precedido de homicidio. El suicidio puede tomarse como un acto de venganza o reproche. En este sentido, se parece también a la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas, que constituyen formas de ataques contra las personas a quienes imponen pena y cuidado.
- Hay personas suicidas a las que no es posible describir sino como personas bien adaptadas. Las situaciones en las que la persona “relativamente sana” puede ver al suicidio como el único camino o la única salida son: sufrimiento irremediable, ataques crueles e inhumanos, miedo de que se descubran actos vergonzosos o criminales, enfermedades incurables y extremadamente dolorosas.

Por su parte, Ringel (1953, citado en Ros, 1998) describió el síndrome presuicida, el cual es un proceso que se inicia en la infancia y se caracteriza por un aislamiento y constricción situacional, por una represión de la

agresividad, que al no poder externarla hacia los demás, se vuelve contra sí mismo, y por los deseos de muerte y fantasías de suicidio, como una huida de la realidad.

Por último Futtterman (1955, citado en Mondragón, 1997), partiendo de las ideas del psicoanálisis, llega a la conclusión de que el suicidio surge cuando el impulso sexual se convierte en impulso agresivo, originando una conducta autodestructiva; la agresión aparece con una especial ambigüedad posesión-destrucción. La impulsividad suicida, se contrarrestaría con la sexual.

2.4.4 Teorías Psicológicas

La orientación psicológica ha explicado la conducta suicida por medio del enfoque fenomenológico. Shneidman (1988, citado en Villardón, 1993), quien es el principal exponente de este enfoque, sugiere dos conceptos para explicar la ocurrencia de la conducta suicida al igual que rasgos comunes de los individuos suicidas.

Dicho autor, propuso el modelo cúbico que representa 3 componentes del suicidio: a) presión, se refiere a los eventos de la vida que son importantes para el individuo y que influyen en sus pensamientos, conducta y sentimientos; siendo tanto como positivas y negativas las presiones en su vida, sin embargo son solo las negativas las que predisponen al suicidio; b) pena, se refiere a un castigo psicológico, que es resultado de una frustración de necesidad psicológica, y c) perturbación, que es el grado de trastorno en el que se encuentra la persona.

En este modelo, cada dimensión puede variar en niveles altos y bajos de pena a perturbación y de presión positiva a negativa. Los 125 niveles del cubo, representan el máximo nivel de perturbación, pena intolerable y presión negativa para cometer un suicidio. Shneidman cree que la pena es más importante y que su reducción puede prevenir el suicidio. Describe algunas características que son iguales en todo acto suicida. Estas características son las siguientes:

- 1) El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- 2) El objetivo común es el cese de la conciencia.
- 3) El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- 4) La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- 5) El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
- 6) El estado perceptual común en el suicidio es la constricción, es decir que la persona solo percibe una posibilidad ante los problemas.
- 7) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- 8) El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Asimismo plantea que la persona suicida típica presenta todas o la mayor parte de las siguientes características:

- Un deseo consciente o inconsciente de vivir y de morir.
- Sentimientos de desesperación, impotencia y de imposibilidad de hacer frente a los problemas.
- Sentimientos de agotamiento físico o psicológico unido o separado con malestar físico como insomnio, anorexia, y síntomas psicósomáticos.
- Sentimientos intensos de ansiedad, depresión, rabia, culpa o enojo imposibles de mitigar.
- Sentimientos de caos y desorganización, con incapacidad para reestablecer el orden.
- Estados de ánimo fluctuantes, pasando de gran agitación a una gran apatía y retraimiento.
- Reducción del campo cognitivo, disfunciones cognitivas y baja asertividad, incapacidad para considerar alternativas y limitación de posibilidades.
- Pérdida de interés por las actividades normales, como las sexuales, profesionales y las recreativas.
- Pobre percepción de apoyo social y carencia de un confidente íntimo
- Sentimientos de desesperanza sostenidos y con conciencia de estos, así como ausencia de un proyecto de vida.

Por su parte, Neimer (1983, citado en Villardón, 1993) aplicó la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y al suicidio. Dicho autor plantea que los constructos de las personas suicidas y las depresivas se caracterizan por cuatro formas: 1) anticipación del fracaso, 2) autoconstrucción negativa, 3) construcción polarizada y 4) aislamiento personal. Mientras que las personas suicidas presentan dos características más que los deprimidos y son: a) constricción en el contenido y la aplicación del constructo y b) desorganización interpersonal.

Otro enfoque psicológico es la Teoría Cognoscitiva, y su principal exponente es Beck (1983, citado en Ros, 1998) quien en su obra *Terapia Cognitiva de la depresión* expone que toda la sintomatología depresiva va surgiendo progresivamente de los patrones cognitivos negativos distorsionados a través de la Tríada Cognitiva, que está compuesta por:

- visión negativa de si mismo,
- tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa
- visión negativa acerca del mundo.

Beck, Steer y Ranieri (1988) plantean que los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar, que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras particulares las que determinan el acto suicida: la ambivalencia interna fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir y el conflicto previo al acto suicida, ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto, su intensidad.

Por lo tanto, los problemas de las personas son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas en estas premisas y supuestos erróneos o falsos. Los elementos principales que dan una explicación al suicidio son: la distorsión de la realidad y los desórdenes emocionales. Sin embargo, también hay que tener en cuenta los pensamientos, las imágenes y las motivaciones.

El origen del suicidio, se da tanto en las desintegraciones psíquicas, en el fracaso para mantener el estatus, en la falta de amor, así como en las

estructuras cognoscitivas. Las acciones interiorizadas pueden actuar como antecedentes que sirven de clave o desencadenante para que se produzcan otras respuestas. Las operaciones interiorizadas pueden representar también, conductas a modificar debido a su papel crucial para la adaptación.

Finalmente, las acciones interiorizadas de la persona pueden funcionar como consecuencia de otras acciones interiorizadas. Es así que, se han comparado las características cognoscitivas de sujetos suicidas con relación a sujetos normales. El sujeto suicida presenta distorsión de sus pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de que ocurra el suicidio. Uno de los tipos de distorsión es la tendencia a pensar en términos absolutos de todo o nada, bueno o malo, correcto-incorrecto, hermoso o feo, justo-injusto.

En tanto que, la rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas con problemas psicosomáticos. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales.

Asimismo, Beck plantea que la ideación suicida es como una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas, situaciones o eventos que no se pueden soportar. También menciona, que las personas con sintomatología depresiva se ven como una carga inútil, y esto les genera la idea de que la situación se mejorará si ellos estuvieran muertos. Al respecto, plantea que las ideas suicidas surgen cuando la persona percibe su situación como intolerable.

Otro exponente de las Teorías Cognoscitivas es Sugiyama (1984, citado en Díaz del Guante, et al, 1994), quien establece tres tipos de suicidios, según las motivaciones subyacentes:

A) Necesidad de Comunicación: de acuerdo con Sugiyama (1984), las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación que está bloqueado. La frustración que se siente por no ser capaz de comunicarse con alguien o persuadirlo de algo, puede incitar el acto. Dos factores culturales entran en este tipo de suicidio: 1) la frustración comunicacional, que se asocia a la desconfianza, a la palabra empeñada y a la ineffectividad de la comunicación

verbal, y 2) el sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona, que es magnificado por la forma extrema de masoquismo: el suicidio. Este tipo de suicidio es acompañado por una nota suicida y un acto suicida dramático. El mensaje suicida, involucra un motivo extrapunitivo o intrapunitivo. El mensaje extrapunitivo varía en el grado de advertencia: el suicidio es cometido por rencor, resentimiento o venganza. La comunicación intrapunitiva, ocurre cuando una persona ha cometido un error o ha fracasado en el desempeño de sus responsabilidades y se suicida para demostrar la sinceridad de su arrepentimiento o justificar ese fracaso. Los suicidios extrapunitivos e intrapunitivos, aún cuando son diferentes en su motivación original, son similares en el efecto.

B) Necesidad de Cohesión Social: Deitz (1988, citado en Díaz del Guante et al, 1994) describe las circunstancias de la personalidad presuicida. Las personas reaccionan a los desengaños amorosos con estados depresivos; su experiencia amorosa representa la gratificación sexual y el fortalecimiento de su yo.

Sugiyama (1984) amplía la explicación, relacionando al suicidio con el valor de pertenencia, especialmente con la cohesión interpersonal basada en la lealtad, aprecio, amor eterno o amistad verdadera.

Existe un tipo de suicidio que es motivado por la cohesión social y que se relaciona con lo interno, e implica el autosacrificio. Puede ser doble o implicar más de dos personas. El suicidio doble en su forma más pura, involucra dos personas comúnmente una mujer y un hombre que cometen el suicidio por amor. De acuerdo con este autor las causas del suicidio por amor pueden clasificarse en: a) la nula esperanza de ser amado, b) una parte se siente inseparable del otro por que lo ama, cuando la otra, por alguna razón está destinada a morir, c) ambas partes, incapaces de vivir juntas por diversas razones, eligen morir porque se aman y d) una parte ante la muerte inevitable, fuerza a la otra a morir juntas.

Por su parte, el suicidio doble forzado, involucra el suicidio de una persona y el homicidio de la otra. Lo que caracteriza a estos tipos de suicidio, es una negación a que la unión se rompa debido a una o ambas partes.

El suicidio cohesivo toma una forma negativa cuando alguien se suicida debido a la desarmonía interpersonal o la soledad, por ejemplo el suicidio de una persona anciana.

Muchos suicidios dobles forzados son el resultado de un triángulo personal. Asimismo, el suicidio familiar con frecuencia es considerado como la solución final a una falta de cohesión familiar.

C) Necesidad de Mantenimiento del Status: la tercera causa de suicidio es cuando éste se comete por la identificación compulsiva con el estatus o función que desempeña o aspira. También el fracaso o error anticipado puede inducir ansiedad suicida.

La anticipación del fracaso o error, se magnifica cuando se está en la transición de un papel antiguo a uno nuevo, o cuando se ha asumido uno nuevo. En este sentido, la tendencia suicida se agrava con el mantenimiento del estatus en una sociedad donde todos están bajo presión para elevar su estatus a través de realizaciones académicas y laborales. La separación del papel puede ser motivo de suicidio, particularmente en una cultura cuyo énfasis principal es la ocupación de un lugar o espacio en la sociedad. Cabe mencionar que las tres causas de suicidio son mutuamente excluyentes. Sin embargo, un suicidio puede ser provocado por la participación de las tres causas.

2.4.5 Teoría Psicosocial del Estrés

Esta perspectiva, que se ha utilizado para comprender los mecanismos psicológicos del suicidio, parte de la comprensión del modelo psicológico del estrés, comprendido como tensión sostenida con efectos negativos sobre el comportamiento psicosocial, inmunológico y neurobioquímico. Entendido el estrés y sus consecuencias emocionales como un proceso, se reconoce que existen fuentes de estrés propias para cada etapa de la vida incluso para cada sexo.

Es así que, la adolescencia es una etapa en la que se involucran notables cambios fisiológicos, psicológicos e interpersonales en la que las relaciones familiares comparten una creciente demanda de relaciones sociales, donde el grupo de amigos compite y gana intereses al grupo familiar. En este nuevo sistema de relaciones sociales y familiares se presenta un reacomodo del adolescente consigo mismo y con los demás, el cual va incidir en el estado emocional de los adolescentes (González-Forteza, Palos & Jiménez, 1997)

Al respecto, también resulta imprescindible considerar que existe una amplia gama de diferencias individuales en lo que respecta al nivel otorgado a la vulnerabilidad de los acontecimientos. Por tal motivo, Lazarus y Folkman (1986) plantearon que aún ante acontecimientos estresantes extremos medios o ante los estresantes vitales más ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para una persona en un momento dado, no lo es para otro. Asimismo, consideraron que no es posible definir al estrés solo en función de las condiciones ambientales, sin tomar en cuenta las características individuales.

Por lo que definieron al estrés como: “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Dicha definición compromete a la evaluación cognoscitiva como un proceso que determina por qué y hasta que punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y su entorno son o no son estresantes (Lazarus & Folkman, 1986, citados en González-Forteza et al, 1997).

Con base en lo anterior, el proceso de la conducta suicida, se puede explicar mediante el esquema psicológico que explica la aparición del estrés como resultado de la interacción hombre-medio. Sin embargo, en el caso del suicidio, este proceso es más lento y participan estructuras y mecanismos esenciales de la personalidad cuyo deterioro o funcionamiento maladaptativo va provocando en la persona la pérdida de sentido de vida, la aparición de la desesperanza y la pérdida de la búsqueda de la realidad.

En este sentido, se ha establecido que los encuentros estresantes pasan por un proceso que consta de tres fases:

1. Anticipación: el individuo percibe el posible estresor y piensa en como será y que consecuencias tendrá.
2. Espera: el individuo hace esfuerzos de afrontamiento y espera retroalimentación de la adecuación de su respuesta.
3. Resultado: exposición y reacciones de la persona al desenlace favorable o al fracaso de sus respuestas de afrontamiento.

Asimismo, en todo el proceso existen 3 factores muy importantes que se deben tomar en cuenta:

- La evaluación cognitiva: Es el proceso por el cual la persona valora un posible agente estresante como relevante o no para su bienestar, aquí es importante la relación que tenga el individuo y su entorno social, así como la interpretación que de, de la relación que se tenga.
- Afrontamiento: Es el esfuerzo cognitivo, emocional y conductual que hace la persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias específicas, tanto internas como externas amenazantes. Lazarus y Folkman (1986) plantean dos tipos de estrategias de afrontamiento: 1) las dirigidas a regular las emociones y 2) las dirigidas a manipular o alterar el problema. Ambos tipos de estrategias coexisten después de que se evalúa la situación, pero la dominancia de una u otra va a depender de ciertos factores como las características de la situación y las diferencias individuales.
- Apoyo Social: Son los recursos sociales accesibles y disponibles para una persona, que se encuentran en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales, los cuales pueden influir negativa o positivamente en los individuos que se encuentran inmersos en el proceso del estrés. En las personas con conductas suicidas, el apoyo social que se les debe brindar es el de tipo emocional-valorativo, ya que contribuye a la creación de capacidades para poder tolerar frustraciones, pérdidas, generar esperanzas y resolver problemas.

Respecto a lo anterior, es importante mencionar que debido a que se está hablando de un proceso, es necesario tomar en cuenta la historia del la persona, como una de las dimensiones en donde se van construyendo ciertas estrategias con las que responde el individuo frente al ambiente.

Asimismo, la teoría del estrés también plantea que no se debe considerar ningún agente externo como estresante en si mismo, lo cual es importante, ya que conduce a una mejor comprensión tanto del estrés como de la conducta suicida, que implican la mayor o menor vulnerabilidad del sujeto ante los problemas y situaciones que aparecen en el contexto social en que tiene lugar su existencia. Es en este sentido, en el que se pueden explicar las causas tanto del suicidio, como del propio estrés, hacia los factores internos los cuales van a determinan el nivel de vulnerabilidad de la persona.

Relación Estrés-Suicidio

Como se ha mencionado, el suicidio es un proceso que se origina en la interacción del individuo con el medio-social, cuya expresión psicológica es explicable en el contexto teórico de la concepción del estrés que conlleva a una personalidad insana, que no le permite enfrentar adecuadamente las contradicciones y frustraciones de la vida. Por lo que el suicidio se va a convertir en una alternativa individual, que caracteriza la expresión de la personalidad y define el sentido psicológico, que lo social ha adquirido.

En este sentido, se menciona que una fuente permanente de estrés es la tensión producida por la contradicción entre lo que el individuo piensa y lo que hace, aún cuando su actuación responda a su deseo personal. Debido a que la manera en la cual se refleja y se percibe la realidad, es lo que va a desempeñar el papel mediador principal para que ocurra un incremento del afecto negativo, en las personas que llevan a cabo conductas de riesgo como el intento suicida y el suicidio consumado.

Por lo tanto, el hombre se debe implicar en los proyectos sociales a través del ritmo y la lógica de su individualidad para así complementar las exigencias externas con el desarrollo de los intereses individuales. Las exigencias no

deben estar por encima de los intereses individuales, ya que esto puede provocar reacciones emocionales negativas, como apatía, desesperanza, miedo, ansiedad, enojo, las cuales son fuente de estrés y conllevan a las conductas suicidas.

De acuerdo con González (1990) si una persona afronta inadecuadamente la gran cantidad de influencias sociales que son portadoras de estrés, esto le puede producir emociones y afectos negativos y en unión con otros factores pueden llevar a conductas suicidas; algunas de estas influencias son:

- Discontinuidad y ruptura brusca del sistema de valores
- Carácter punitivo del medio
- Desempleo y discriminación
- Contradicción exigencia-capacidad de respuesta individual

Con base en lo anterior, es importante mencionar que no hay situaciones que conduzcan objetivamente al suicidio, dado que, el sentido personal del reflejo subjetivo de la realidad tiene un carácter relativo que va a depender del contexto sociocultural y del esquema cognitivo que posea la persona. Por otra parte, la actuación de forma positiva de variables como el apoyo social, estrategias de afrontamiento diversas y flexibles y un crecimiento de la motivación, van a generar cambios positivos en la evaluación cognitiva del sujeto, en su sentido de vida, así como en el incremento de su actividad de búsqueda en el medio en cual se esta desarrollando.

2.4.6 Perspectiva Ecológica

La perspectiva médica, desde un aspecto meramente individual, ha contribuido a la identificación de factores que se asocian con el fenómeno del suicidio, como los trastornos psiquiátricos y los antecedentes familiares de la conducta suicida. En la misma línea, las teorías psicológicas y sociológicas, han encontrado la influencia que tienen los factores psicosociales, demográficos y económicos, superando el aspecto individual.

No obstante, debido a que el fenómeno del suicidio es muy complejo y multifactorial, y los diversos enfoques por si solos no pueden abarcarlo de una manera integral, Henry, Stephenson, Hanson y Hargett (1993, citados en González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez, 2002), proponen una perspectiva ecológica para explorar, estudiar, explicar y prevenir la conducta suicida.

El objetivo de dicha perspectiva, es saber cuáles son los factores que se asocian con esta conducta, a partir de 4 niveles:

- a) Macrosistema, que abarca los sistemas económicos, sociales, educativos, médicos y legales que dan contexto a la conducta suicida, también incluye a las creencias y valores culturales.
- b) Exosistema, aquí están implicadas las instituciones y los espacios sociales, tales como los medios de comunicación, los profesores, los prestadores de servicios de salud, entre otros. De igual forma, se encuentran los factores de riesgo.
- c) Microsistemas, que se refiere a los ámbitos que el adolescente tiene de manera inmediata y en los cuales se desarrolla, como por ejemplo la familia.
- d) Individual, que implica a las historias personales, y algunas características psicológicas y demográficas, que podrían aumentar los riesgos de presentar conductas suicidas, también considera, a las características que hacen que el individuo pueda resistir las situaciones adversas, dichas características son los llamados factores protectores.

Al abordar la conducta suicida bajo esta perspectiva, se estaría abarcando esta problemática de una forma multidisciplinaria y se podría estar de acuerdo, en que dicha problemática es un proceso dinámico y no un hecho aislado y estático, como se pensaba.

Al explicar los diversos enfoques y analizar los resultado que presentan las diferentes investigaciones, se puede saber que existen varios factores que intervienen en la aparición de las conductas suicidas.

CAPITULO 3. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA

3.1 Epidemiología de la conducta suicida

El suicidio está inmerso en un contexto de condiciones propiciatorias, favorecidas por la desintegración social como la pobreza y el estancamiento económico, que en nuestro país, son situaciones prevalecientes desde hace por lo menos dos décadas y que repercuten principalmente en los jóvenes.

En la actualidad, los perfiles epidemiológicos indican que los adolescentes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida. Debido a ello, es fundamental realizar investigaciones en dicho grupo. Por tal motivo en México, principalmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría se han realizando diversas investigaciones, las cuales intentan dar una visión general de la conducta suicida principalmente en esta población. Asimismo, los resultados de dichas investigaciones evidencian que el problema del suicidio ya se ha tornado un importante problema de salud pública (González-Forteza, Ramos, et al, 2002).

En el siguiente apartado se describirán algunas investigaciones relevantes que se han realizado en México y en otros países, relacionadas con la presencia de estas conductas en los adolescentes.

Suicidio Consumado

Como ya se mencionó, en varios países incluyendo México, se ha observado un aumento de la conducta suicida en los adolescentes. Desjarlais, Einsberg, Byron y Kleiman (1995, citado en González-Forteza, Mariño, et al, 1998) mencionan que el suicidio en la población joven se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en los países donde realizan registros estadísticos. Sin embargo, mencionan que hay una dificultad respecto a dichos registros, debido a ello, se tiene que tomar en cuenta, que las estadísticas oficiales de suicidio subestiman las tasas reales entre un 30% y 200%, por tal motivo, se debe considerar que las estadísticas disponibles sólo se aproximan a una parte del problema.

A pesar de las deficiencias y problemas que presentan los registros estadísticos, en diversas fuentes se ha identificado como una constante importante, el que el grupo poblacional con mayor riesgo suicida, tanto en México como en otros países, es el de los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, que viven en zonas urbanas (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). Por su parte Hijar, Blanco y López, (1996), mencionan que las mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años de edad son las que presentan un mayor riesgo suicida, sobre todo las que tienen problemas amorosos y / o familiares.

También cabe mencionar, que conforme avanza la adolescencia, las conductas suicidas se van presentando con más frecuencia. Por ejemplo, en Estados Unidos, entre 1969 y 1988 la tasa de suicidios se incrementó de 3.6 a 11.3 muertes por cada 100,000 jóvenes de entre 15 y 19 años de edad. Por lo tanto, el suicidio en adolescentes se incrementó más del 200%, comparado con el suicidio en la población general que aumentó un 17% (National Center for Health Statistics, 1991, citado en González-Forteza, 1996).

En tanto que, en 1997, la tasa de mortalidad por suicidio entre los jóvenes de 15 y 19 años de edad fue del 9.5 por 100.000 jóvenes. En cuanto al grupo de 20 a 24 años de edad, esta fue de 13.6 por 100.000. Este grupo representa el 7% de la población total, pero da cuenta del 8% de todos los suicidios (National Center for Health Statistics, 2000, citado en Shafer & Pfeffer, 2001).

De nuevo, los perfiles epidemiológicos en México muestran que, en 1970 se registraron 554 defunciones por suicidio para ambos sexos, en 1991 se registraron 2120 casos, lo cual indica un aumento del 282%. Durante el mismo periodo, la tasa de suicidios en ambos sexos, pasó de 1.3 a 2.2 suicidios por 100.000 habitantes, indicando un aumento del 125%. El aumento fue más pronunciado en la población masculina, ya que la tasa se incrementó en un 170% durante ese período, contra 70% en la población femenina (González-Forteza, Borges, Gómez & Jiménez, 1996).

Asimismo, también muestran que los jóvenes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida. Al respecto, Hijar, et al (1996) indicaron que para el

periodo de 1979 a 1993, las mujeres de entre 20 y 24 años de edad presentaron el mayor riesgo suicida.

En 1997 el INEGI reportó que la mayor parte de los suicidios consumados fueron llevados a cabo por la población joven. En los hombre la mayoría tiene lugar entre los 20 y 24 años (18.4%) y de los 15 a 19 años (13.3%). Por su parte la mayoría de los suicidios en las mujeres se dan entre los 15 y 19 años (25.6%) seguidas por las de 20 a 24 años (18.4%) (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez & Amador, 2002).

Mientras que datos recientes reportan (INEGI, 2002), que se registraron en el país 3160 casos de suicidio, de los cuales el 82.8% eran hombres y el 17.2% mujeres. Se percibió un incremento de 2.3% respecto al año anterior, y un incremento de 3.3 % en referencia a los casos registrados en 1995. Por sexo, este crecimiento se manifestó en mayor proporción en los hombres, al incrementarse un 3.2 %, mientras que en las mujeres decreció -1.8%, es decir que por cada mujer, se suicidaron 5 hombres.

Respecto a la edad y sexo, sobresalió una proporción de 5 casos por cada diez personas suicidas, integrada por mujeres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años de edad. En lo que respecta a los hombres el 16.1% de los casos tenían entre 20 y 24 años.

De acuerdo con el número de casos registrados en el 2002, se identificó que en promedio ocurrieron 99 suicidios en cada estado. El Distrito Federal, Veracruz y Jalisco presentaron una frecuencia superior a los 200 suicidios cada uno, sumando el 23.3% del total nacional.

Intento de suicidio

González-Forteza, Ramos, et al (2002) menciona que los registros oficiales del intento suicida, al igual que los registros del suicidio consumado son poco confiables, debido a que resulta contradictorio que la tasa de intentos sea mucho menor que la de los suicidios consumados, y que algunas estimaciones indican que puede ser 50 o hasta 200 veces más alta que la tasa de suicidios consumados.

Como se ha reportado en la literatura, se estima que en los hombre el suicidio consumado es cuatro veces más frecuente que en las mujeres, mientras que en éstas el intento suicida es al menos tres veces más frecuente que en los hombres (González-Forteza, et al, 1996 y 2002, Mondragón, et al, 2001 y Villatoro, et al, 2003).

De acuerdo con el INEGI, entre 1995 y el 2002, se registraron 2809 intentos de suicidio, lo cual indica un crecimiento medio anual de 3.43%. El 40.1% (122 casos) del total de la población que intento suicidarse fueron hombres y el 59.9% (182 casos) fueron mujeres. El grupo de edad con más intentos en mujeres fue el de 15 a 19 años con un 21%, seguido del grupo de 20 a 24 años con 19%. En los hombres eso se presento de manera inversa presentando el 20% en el grupo de 15 a 19 años y un 15% en el grupo de 20 y 24 años, aunque como se pudo ver, en este grupo las mujeres tuvieron un porcentaje mayor.

También se reportó que los estados más afectados fueron: Yucatán con el 21.7% (66 casos), Nuevo León 15.5% (47 casos), Durango 14.8% (45 casos), Coahuila 12.5% (38 casos) y Jalisco con un 9.2% (28 casos), que concentraron el 73.7% de los intentos registrados.

Asimismo, se han realizado diversas investigaciones, tanto nacionales como internacionales, que muestran como han aumentado las prevalencias del intento suicida en los últimos años, y la marcada diferencia que existe entre hombres y mujeres.

En este sentido Garrison, et al (1993, citado en Gómez, 1996), publicaron un estudio realizado en población estudiantil, el cual se realizó en Carolina del Sur, e incluyó a estudiantes de 9° y 12° grado. Los resultados muestran que un 5.9% de los estudiantes reportó haber tenido un intento que no requirió cuidado médico y un 1.6% reportó haber tenido un intento que requirió tratamiento.

Los resultados de una encuesta en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo muestran que la prevalencia de intento suicida fue de 10.1%, con una proporción de 2:1 de las mujeres (13.3%) sobre los hombres (6.3%). La edad promedio del único/último intento fue de 13 años para ambos sexos (González-Forteza, Mariño et al, 1998).

En tanto que, un estudio realizado en 1997, reportó que la prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México fue de 8.3% (N = 849). El 12.1% de las mujeres intentaron suicidarse, contra un 4.3% de los hombres. En el 2000, se encontró que la prevalencia del intento suicida, se incrementó a 9.5% (N = 1,009). El porcentaje de mujeres y hombres que intentaron suicidarse fue de 15.1% y 3.9%, respectivamente.

También se observó que en ambos estudios, tanto en hombres como en mujeres con reporte de intento suicida, el perfil de las características del intento suicida fue similar en cuanto a: edad, recurrencia, motivos, métodos y letalidad. Los motivos más importantes que reportan los adolescentes son, los problemas familiares, la soledad, la tristeza y la depresión. Por otro lado, los métodos que más utilizaron los adolescentes para llevar a cabo el intento suicida fueron los objetos punzocortantes, los medicamentos y el ahorcamiento (González-Forteza, Villatoro, et al, 2002).

Finalmente, en otro estudio llevado a cabo por González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) en una muestra de estudiantes adolescentes del Centro histórico de la Ciudad de México, se encontró que el 7% de los hombres y 17% de mujeres intento suicidarse, es decir un hombre por cada tres mujeres.

Ideación Suicida

En lo que respecta a la ideación suicida, se dice que está es más frecuente que el intento de suicidio. De hecho, se le ha considerado como una expresión temprana de vulnerabilidad al suicidio. Sin embargo, se ha estudiado más a los parasuicidas que aquéllos con ideación suicida. También cabe mencionar, que existe una estrecha relación entre la ideación suicida e intento de suicidio.

Al respecto, se menciona que la ideación suicida es más frecuente entre los estudiantes que ya han intentado suicidarse; además de que se relaciona significativamente con la seriedad de los intentos. Asimismo la evaluación de la ideación suicida puede aportar una medida del grado de intención y por lo tanto del riesgo de repetirlo en un futuro.

En este sentido, Kendel, et al (1991) encontraron que los adolescentes con ideación suicida estaban más desadaptados, es decir estaban distanciados de sus padres, tenían menos intereses, no tenían un buen rendimiento escolar, presentaban conductas antisociales y experimentaban conductas de riesgo.

Harter (1994) demostró que la ideación suicida en adolescentes tiene una relación significativa con la depresión, baja autoestima, desesperanza, falta de apoyo tanto de los padres como de su entorno.

Por su parte, Rudd (1990) en el estudio que realizó, encontró que el estrés negativo era un importante predictor de la depresión y la desesperanza y que estos generaban ideas suicidas.

En el estudio de Garrison (1993, citado en Gómez, 1996) el 11% de los estudiantes reportó haber tenido serios pensamientos sobre la muerte, y el 64% dijo haber tendido un plan específico a cerca de cómo tener un intento suicida.

En tanto que, López, et al (1995) identificaron que el 47% de una muestra representativa de estudiantes del Distrito Federal, en la semana previa al estudio reportó al menos un síntoma de ideación suicida; el 17% pensó en quitarse la vida, y el 10% presentó los cuatro indicadores de ideación suicida. Estos síntomas se presentaron en una proporción ligeramente mayor en las mujeres.

Asimismo, González-Forteza, Mariño, et al (1998), realizaron un estudio en estudiantes de nivel medio y medio superior de la Cd. de Pachuca Hidalgo, y encontraron que la ideación suicida estuvo presente con mayor frecuencia

entre los estudiantes con intento suicida de ambos sexos; sin embargo, la ideación fue más alta entre los hombres (53%) que entre las mujeres (41%).

Por su parte, Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) realizaron un estudio, en una muestra de adolescentes encontrando que la prevalencia de ideación suicida fue de 14.2% en los hombres y 19.2% en las mujeres. En relación con la sintomatología depresiva, encontró que el 32.8% de los hombres presentaron ambos síntomas en comparación con un 4.8% de las mujeres. Con base a lo anterior se concluyó que el riesgo de las mujeres de presentar ideación suicida es 2 veces mayor que en los hombres; cuando se presenta autoestima baja el riesgo aumenta a 4 veces, pero si existe sintomatología depresiva el riesgo es 13 veces mayor.

Por último, en el estudio de dos secundarias del Centro Histórico, se encontró que la frecuencia de ideación suicida total fue de 11.3%. Con 7.5% en hombres y en las mujeres de 15.9% (González-Forteza, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001).

De acuerdo con lo anterior, para poder entender y abordar mejor el proceso de las conductas suicidas, es importante el estudio de la ideación suicida, ya que es la más apropiada debido a que en esa fase aún se esta a tiempo de evitar el suicidio.

Asimismo, los hallazgos encontrados en los diversos estudios que se han realizado a lo largo de estos años, muestran la evolución que ha tenido este problema. De acuerdo con lo encontrado, resulta preocupante como ha ido en aumento y cómo está afectando a la población adolescente femenina, que hasta ahora es la más vulnerable.

Como se ha podido ver, la ideación y el intento suicida son conductas muy complejas, las cuales tienen antecedentes y factores precipitantes que en ciertas circunstancias, llevan al suicidio consumado.

3.2 Factores asociados a la conducta suicida

Un factor de riesgo, es una estadística basada en la asociación entre alguna característica o atributo de un individuo, grupo o del medio ambiente que incrementa la probabilidad de cierta enfermedad, relacionada con el fenómeno (Berman, 1991 citado en Gómez, 1996).

En ese sentido, la mayoría de los investigadores dedicados a identificar los factores que se relacionan con el suicidio, mencionan que existe una cierta relación entre los niveles de integración social, violencia, consumo de alcohol y drogas, estabilidad familiar, así como factores interpersonales y sociológicos, entre otros, que influyen en el aumento de la tasa de suicidio dentro de cualquier grupo o subgrupo cultural (Heacock, 1990 citado en González-Forteza & Jiménez, 1997).

De acuerdo con lo anterior, el suicidio no puede ser explicado solamente en relación a una enfermedad mental, ya que la mayoría de los estudios, hacen referencia en que la conducta suicida se puede determinar en gran parte por las influencias sociales, económicas y culturales que posea cada individuo. Asimismo, también resulta importante que se tenga en cuenta, el papel que juegan la frustración, la enajenación y el aislamiento, que son considerados en la actualidad como aspectos fundamentales que van a influir en el surgimiento de problemas de diversa índole, como el consumo de drogas y la conducta suicida.

En este sentido, se puede decir que el suicidio es resultado de la unión de diversas situaciones y factores que se combinan para generar las conductas suicidas, que van desde la ideación, pasando por el intento y puede terminar en el suicidio consumado.

Al respecto, la investigación sobre la etiología del suicidio ha identificado factores de riesgo como: desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, falta de habilidad para resolver problemas, haber experimentado abuso sexual, disponibilidad de armas de fuego, abuso de sustancias y desempleo, entre otros. Asimismo, con el método de la autopsia psicológica, que es la reconstrucción del perfil psicológico del suicidio con base en entrevistas a familiares y amigos, se han identificado los siguientes factores

de riesgo: abuso de alcohol y drogas, intentos suicidas anteriores, depresión, conducta antisocial o agresiva, antecedentes familiares de suicidio, y disponibilidad de un arma de fuego (Husain, 1991).

Con base en lo anterior, los factores que intervienen para que se lleve a cabo la conducta suicida son clasificados en: factores sociodemográficos, genéticos y /o biológicos, clínicos y/o psiquiátricos y psicosociales.

Cabe mencionar que los trabajos que se han hecho en el campo de la epidemiología, han permitido ampliar el conocimiento que se tiene actualmente acerca de los factores que se asocian con la conducta suicida.

3.2.1 Factores Sociodemográficos

En los últimos 20 años, se ha observado en Europa un aumento del suicidio en las personas de 15 a 29 años, sobre todo en los hombres, lo mismo ocurre en Estados Unidos, Asia, Oceanía y en América Latina (Diekstra, 1993). En algunos países, las estadísticas indican que es la tercera causa de muerte (después de los accidentes de tránsito y el homicidio) entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad.

La mayoría de los estudios que se han realizado, mencionan que tanto la edad, como el sexo son factores que se relacionan con la conducta suicida. Por lo tanto, se puede decir que la frecuencia de suicidios entre los hombres, es tres veces mayor al de las mujeres, sin embargo las mujeres lo intentan más.

El INEGI reportó que en el 2002, se registraron 3160 casos de suicidio, de los cuales el 82.8% eran hombres y el 17.2% mujeres. Al respecto, se estima que en los hombre el suicidio consumado es cuatro veces más frecuente que en las mujeres, mientras que en éstas el intento suicida es al menos tres veces más frecuente que en lo hombres (González-Forteza, et al, 1996 y 2002, Mondragón, et al, 2001 y Villatoro, et al, 2003).

Lo mencionado anteriormente, se puede confirmar con los datos aportados por estudios que se han llevado a cabo. Gutiérrez y Solís (1989) realizaron una

investigación en San Luis Potosí, recabando información en la Hemeroteca de la Universidad, de los principales diarios de dicho estado y consiguieron una muestra de 389 casos. Los principales resultados que encontraron fueron los siguientes: que el 68.1% de los hombres que intentaron suicidarse, el 47.8% logró consumarlo. En cuanto a las mujeres, el 31.8% lo intento y el 9.2% lo consumaron. Los grupos de edad que presentaron más intentos de suicidio fueron el de 25 a 29 años y el de 15 a 19 años (19% y 18%, respectivamente). El grupo en el que se llevaron a cabo más suicidios fue el de 20 y 24 años (10%). Con base en los datos encontrados, se llegó a un perfil suicida: hombre, menor de 29 años, casado o soltero, estudiante y sin hijos.

En otro estudio, González-Forteza, Villatoro, et al (2002) con una muestra representativa de estudiantes del Distrito Federal, encontraron que aunque la problemática suicida en estudiantes fue más frecuente en las mujeres, el perfil de las características fue similar en cuanto a: 1) Edad, ya que la ocurrencia del único/ último intento se ubica entre los 10 y 15 años y 2) Recurrencia (intento suicida dos o más veces en la vida) que fue reportada por una de cada cuatro mujeres con intento. En los hombres la proporción fue de uno por cada tres hombres.

3.2.2 Factores Genéticos y Biológicos

La importancia de los factores biológicos del comportamiento suicida, surgió a partir de estudios sobre suicidio consumado, los cuales demostraban una tasa de concordancia superior en los gemelos monocigotos respecto a los dicigotos. Dichos resultados apuntaban a la posible existencia de una predisposición genética, relacionada con ciertos neurotransmisores, ligada a una disfunción de la transmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central (SNC) siendo eficaz para prevenir la profilaxis con litio (Ros, 1998).

Al respecto, la utilización de ensayos de unión a los receptores en plaquetas utilizando imipramina, ha evidenciado una disminución de la transmisión serotoninérgica presináptica en personas que se suicidan. Estos hallazgos también apoyan la idea de que el suicidio no supone meramente el resultado final de una depresión clínica, sino que es muy probable que exista una

disfunción serotoninérgica bajo el comportamiento suicida de pacientes con diferentes diagnósticos. El hecho de que los niveles bajos de 5-HIAA (ácido 5-hidroxi-indolacético) puede constituir una característica bioquímica del trastorno, también viene reforzado por la ausencia de relación temporal entre el intento de suicidio y los niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

Asimismo, los estudios en humanos y animales correlacionan la conducta agresiva con la hipofunción serotoninérgica. No obstante, es difícil saber qué aspectos del comportamiento suicida se correlacionan específicamente con una disminución de los niveles de 5-HIAA en el LCR. Más recientemente en un estudio que se realizó con sujetos que habían llevado a cabo un intento violento de suicidio, se encontraron no solamente niveles más bajos de 5-HIAA en el LCR, sino también una elevación de MHPG (3 metoxi-4-hiroxifenilglicol), que es el metabolito más importante de la noradrenalina.

Es importante considerar, que no solo los trastornos serotoninérgicos sino también el aumento en la sensibilidad y especificidad de posibles factores biológicos pronósticos de la conducta suicida, conlleva al análisis simultáneo de distintas variables bioquímicas.

En la misma línea, un estudio reciente demostró que no había correlación real entre la unión a receptores del 5-HIAA en LCR y el 5-HT₂ plaquetario. Asimismo, la determinación de los metabolitos neuroquímicos en orina puede constituir otra valoración periférica de las diferencias biológicas que subyacen en los pacientes suicidas y no suicidas. Es así que, uno de los primeros estudios sobre los posibles marcadores biológicos del comportamiento suicida, encontró una elevación de los niveles de 17-hidrocorticosteroides en la orina de pacientes con depresión y que habían intentaron suicidarse.

Estudios posteriores, demostraron un aumento del cortisol urinario, especialmente en los pacientes que habían realizado un intento violento de suicidio. Recientemente, un grupo encontró que los pacientes con depresión e intento de suicidio mostraban niveles significativamente menores de dopamina, HVA y DOPAC (ácido dihidrofenilacético), en comparación con pacientes deprimidos no suicidas.

En lo que respecta a la conducta suicida de adolescentes y niños, ésta es muy reciente, de hecho surge de los estudios neuroquímicos que se realizaron en adultos. Sin embargo, se realizaron estudios preliminares con muestras pequeñas y se encontró que tres cuartos de los adolescentes que intentaron suicidarse tenían concentraciones de 5- hidroxindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR), lo que en el adulto indicaría un riesgo suicida severo. Dichos estudios sugieren que bajas concentraciones en LCR de ácido homovanílico podrían ser más predictivas en adolescentes (Kruesi et al, 1998 citado en Shaffer & Pfeffer, 2001)

Por su parte Nordstrom et al (1994, citado en Shaffer & Pfeffer, 2001) sugirieron, que conocer el estatus biológico de los que intentan suicidarse podría tener un valor práctico y que las concentraciones bajas de 5-HIAA en el LCR, después de un intento suicida, pueden diferenciar entre los que podrían cometer suicidio o repetir el intento dentro del año, de aquellos que no lo comentan.

En tanto que, Hange (1970) encontró una concordancia respecto al suicidio de 4 parejas de gemelos univitelinos, de entre 19. Mientras que, Schulsinger (1979), encuentra una incidencia mayor de suicidio en la familia biológica que en la adoptiva de 57 sujetos que fueron adoptados al nacer y que posteriormente se suicidaron (Ros, 1998).

En 1992, Roy define 5 líneas de investigación que dan evidencia de la existencia de factores genéticos en la conducta suicida, y son los siguientes: estudios de riesgo familiar, estudios en gemelos, estudios de adopción y otras líneas de investigación genética (Ros, 1998).

Dicho autor también menciona, que una historia familiar de suicidio incrementa de una manera significativa el riesgo de tentativas de suicidio. Al respecto, encontró que el 48.6% de 243 pacientes con historia familiar suicida, realizaron una o varios intentos suicidas.

3.2.3 Factores Clínicos y Psiquiátricos

Diversos estudios han demostrado, que la mayoría de los suicidios los cometen pacientes con enfermedades psiquiátricas. Black y Winokin en 1990 encontraron que el 90% de los pacientes que se habían suicidado, padecían afecciones psiquiátricas de tipo afectivo o relacionadas con el consumo del alcohol.

Otros estudios mencionan que los trastornos psicoafectivos, depresivos y de ansiedad incrementan el riesgo de presentar conductas suicidas. Por su parte, Terroba et al, (1986), encontraron como factores de riesgo la depresión moderada, la ansiedad, y las reacciones transitorias de ajuste.

También en los adolescentes, el papel que juegan los trastornos psiquiátricos, en el desarrollo de conductas suicidas es significativo, ya que el 57.9% de los adolescentes que realizan intentos de suicidio tienen diagnóstico previo de depresión, el 15.7% tienen diagnóstico de dependencia y abuso de alcohol y el 17.4% cumple con criterios diagnóstico para trastornos de conducta. También los trastornos de ansiedad o la presencia de ansiedad elevada asociada a la depresión, se relaciona con la presencia de conductas suicidas (Andrews y Lewinsohn, citado en Villar, 2002).

Otros estudios (Shafer, 1996 y Brent, 1999) han demostrado que en las mujeres el factor de riesgo más significativo, para que se presente la conducta suicida, es la presencia de depresión mayor y en los hombres es el comportamiento destructivo, seguido por la depresión (Ros, 1998).

Loza, Lucio y Durán (1998), realizaron una investigación con dos grupos de mujeres adolescentes. El primer grupo con intento suicida, era la muestra clínica, el segundo grupo era la muestra normativa, y estaba conformado por adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria sin intento. Ambos grupos incluyeron 38 adolescentes de entre 14 y 18 años de edad. El objetivo de la investigación era el identificar si existían diferencias de personalidad y la ocurrencia de sucesos estresantes. Lo que se obtuvo fue, que la muestra clínica presentó un mayor índice de psicopatología que las adolescentes sin intento.

3.2.4 Factores Psicosociales

Entre estos factores, se encuentran los aspectos familiares: una historia familiar de suicidio, divorcio, violencia familiar, abuso sexual o físico, entre otros. Mardomingo, (1993, citado en Ros, 1998) menciona que existen ciertos rasgos psicológicos frecuentes en la conducta suicida de los adolescentes como son: la impulsividad, la baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, pensamiento rígido e inflexible, sentimientos de soledad y rechazo y el estrés cotidiano.

Por su parte, Gastamiza (1990, citado en Ros, 1998) menciona que los cambios sociales que han ocurrido en estas últimas década, han desencadenado conductas suicidas principalmente en los adolescentes. Afirma que entre los principales problemas que pueden desencadenar una conducta suicida se encuentra, la imitación y la repercusión de los medios de comunicación y que estos problemas se presentan más en las personas que tienen un nivel socioeconómico bajo.

Con base a lo mencionado anteriormente, se han realizado varios estudios relacionados con la presencia de los factores psicosociales. Por ejemplo, González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997), encontraron que los problemas familiares que se relacionan con la ideación suicida son principalmente la violencia del padre, las prohibiciones de la madre, regaños de ambos padres, problemas con los hermanos. Es importante mencionar que estos problemas varían de acuerdo al sexo.

Villatoro, Medina-Mora, et al (1999), en un estudio realizado con estudiantes, encontraron que, tanto hombres como mujeres de secundaria, intentaron suicidarse a causa de problemas familiares (32.7% y 36.8%, respectivamente). En bachillerato técnico, las mujeres también intentaron suicidarse, por problemas familiares (35.7%). En bachillerato, fue el segundo motivo tanto en hombres como en mujeres, (19.7% y 28.6%, respectivamente).

En otro estudio, también realizado con estudiantes, se encontró que los adolescentes que intentaron suicidarse, manifestaron que su relación familiar

es menos buena, de manera que hay una menor comunicación y apoyo, y mayor hostilidad por parte de sus padres (Villatoro, et al, 2003).

Por su parte, Jiménez, et al (2000), realizaron una investigación, en la cual encontraron que el 16.5% de los estudiantes tuvo ideación suicida y el 15.5%, presento ideación suicida y una baja autoestima.

Asimismo, González-Forteza, et al, (2001), en un estudio que realizaron en población estudiantil en dos secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México, encontraron que el 7% de las mujeres y 3% de los varones reportaron haber experimentado el abuso sexual y 11% de las mujeres y 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Cabe mencionar, que los hombres no reportaron conjuntamente estos dos problemas. En tanto que, de las 49 mujeres que habían intentado suicidarse, el 12% había sido víctima de abuso sexual.

Por otra parte, la frecuencia de malestar depresivo en los hombres fue de 14% y en las mujeres fue de 8%. La relación entre el abuso sexual y el intento suicida, con los indicadores de malestar depresivo e ideación suicida fue estadísticamente significativa, ya que de los hombres que habían intentado suicidarse, el 50% presentó malestar depresivo e ideación suicida actuales; y el 67% de las mujeres que presentaron abuso sexual e intentaron suicidarse, también presentaron malestar depresivo e ideación suicida.

Caballero, Ramos, González-Forteza y Saltijeral (2002) llevaron a cabo una encuesta, en dos escuelas secundarias, para conocer la frecuencia de la violencia ejercida por los padres, dirigida hacia sus hijos; explorar la relación existente entre la violencia, el intento de suicidio y la sintomatología depresiva y también para conocer el riesgo asociado entre ser víctima de alguna forma de violencia y presentar intento suicidio o sintomatología depresiva. Los principales resultados mostraron que la violencia familiar tiene una proporción importante en la muestra de estudio; dicha proporción fue similar tanto en hombres y mujeres. La relación encontrada entre las variables fue importante, principalmente la relación entre violencia e intento de suicidio en mujeres maltratadas.

En otro estudio realizado también por González-Forteza, Ramos, Caballero, y Wagner (2003) en adolescentes estudiantes del Centro Histórico de la Ciudad de México, los resultados indican que los estudiantes con depresión e ideación suicida tienen más conflictos con sus padres, y que estos discuten por problemas económicos, también tienen menor autoestima, son impulsivos y usan respuestas de enfrentamiento agresivas.

Por último, también se ha mencionado que los estresores psicosociales se han encontrado significativamente asociados con el incremento de la conducta suicida (Garland & Zingler, 1993, citados en González-Forteza, Villatoro, Pick & Collado, 1998)

Al respecto, González-Forteza y Palos (1994), en el estudio que realizaron para identificar la relación entre algunos estresores sociales, el malestar depresivo y la ideación suicida, encontraron que en los adolescentes los conflictos con el mejor amigo (a), las cuestiones sexuales y escolares, se relacionan con ánimo depresivo e ideación suicida.

Finalmente, González-Forteza, Palos y Tapia (1997) mencionan también que el estrés cotidiano familiar repercute de una manera muy importante en el estado emocional de los adolescentes; encontrando que en los hombres la principal fuente generadora de estrés se refiere a la violencia familiar. En las mujeres, la violencia en el ambiente familiar, que alguno o ambos padres enfermen y problemas con los hermanos, son las fuentes de estrés más importantes. La forma de canalizar su malestar también es distinta ya que los hombres lo canalizan, con la presencia de ánimo depresivo, los problemas en las relaciones interpersonales y con la ideación suicida. En tanto que la mujeres, además de la ideación suicida que presentan también lo expresan con síntomas psicósomáticos como: falta de apetito y falta de sueño, así como con la tristeza y ganas de llorar.

3.2.6. Desesperanza

La desesperanza es definida como actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentra asociado con la conducta suicida.

Beck (1993) menciona que la desesperanza es un factor de riesgo para el suicidio. Asimismo, se menciona que el consumo de drogas influye en los sentimientos de desesperanza por sus efectos tóxicos, ya que manipula los neurotransmisores que son responsables del estado de ánimo, así como del juicio, dando como resultado el rompimiento de las relaciones interpersonales y la ayuda o apoyo social (Mondragón, 1997).

Cole (1989) identificó factores cognitivos que mediatizan la relación entre desesperanza y suicidio, especialmente entre los hombres. Además, las deficiencias para resolver problemas interpersonales, se han identificado como factores asociados al consumo de drogas.

Clum (1990, citado en González-Forteza, 1996), propone que la ideación suicida y el intento suicida se incrementan cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva, vive situaciones estresantes que le producen desesperanza.

Rich y cols (1992), realizaron un estudio con el propósito de examinar las diferencias de género respecto a la ideación suicida y encontraron diferencias significativas: cuatro de las variables estudiadas se encontraron como predictores significativos de la ideación suicida: la depresión, la desesperanza, el abuso de sustancias y las pocas razones para vivir. Sin embargo, la desesperanza fue la primera variable predictora y explicó la mayoría de la varianza en los puntajes de ideación.

Por su parte, McInstoch (1994), menciona que la relación entre la ideación suicida y la desesperanza es muy estrecha. Para dicho autor existen cuatro factores básicos que se pueden relacionar con condiciones centrales del estado de ánimo y la desesperanza: 1) estresores psicosociales límites de ayuda social, alteraciones cognitivas y poca habilidad para solucionar problemas. En este

sentido menciona que la coexistencia de las alteraciones del ánimo y los sentimientos de desesperanza dan como resultado el deseo de morir.

En tanto que, Mondragón y cols (1998), encontraron que los pacientes con elevados niveles de desesperanza, tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida, esto se debe a que generalmente se ha relacionado a la conducta suicida con características cognoscitivas como la rigidez.

También se ha mencionado que el sentimiento de desesperanza, dificulta que la persona pueda establecer vínculos afectivos significativos, lo cual conlleva a un estado de indefensión que origina la pérdida gradual y sostenida de la actividad de la personalidad y de la autoestima.

Es así que, la percepción de desesperanza y la visión negativa del futuro producen cuatro síntomas en las personas con tendencias suicidas: 1) síntoma motivacional; 2) síntoma cognitivo; 3) síntoma emocional y 4) baja autoestima.

3.2.6 Conducta suicida previa

Se ha observado, que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse y quien lo intento una vez, es probable que lo intente de nuevo en menos de un año (González-Forteza, Mariño et al, 1998).

Al respecto, Shaffer, et al, (1988, citados en Diekstra, 1993).), mencionan que los intentos suicidas previos, son el mejor predictor de muerte por suicidio. Más del 40% de los que intentan suicidarse lo han intentado previamente en varias ocasiones, de éstos, del 10% al 14% terminan suicidándose.

Algunos estudios en población general, han informado que el 41% de quienes intentaron suicidarse ya lo habían intentado con anterioridad, de éstos, el 30% fueron hospitalizados debido a la letalidad del intento, la tercera parte lo había intentado antes una sola vez y el 10% tenía antecedentes de haberlo intentado dos o más veces (Heman ,1984 citado en González-Forteza, et, al 2000).

En las encuestas de estudiantes de 1997 y del 2000, al analizar la conducta suicida recurrente, se encontró que casi una de cada cuatro mujeres con intento suicida ya lo había llevado a cabo dos o más veces en su vida (1997, 23% y 2000, 25.9%). En los hombres se observa un incremento mucho mayor ya que en 1997 la proporción de intentos recurrentes fue de 18% y en el 2000 fue de aproximadamente 29% (González-Forteza, Villatoro, et al, 2002).

Por su parte Hurry (2000), también plantea que una gran proporción de los jóvenes que se suicidaron ya lo habían intentado previamente. Menciona que 11% de los adolescentes que ya han tomado una sobredosis de medicamentos, lograrán suicidarse en los siguientes años, al igual que entre el 10 y el 14 % de los que se autoagredieron deliberadamente.

3.3 Consumo de drogas, ideación e intento suicida

Así como las conductas suicidas, el consumo de drogas también es un fenómeno complejo en donde intervienen factores psicológicos, sociales y biológicos. Asimismo, constituye uno de los problemas más importantes con los que se enfrenta la sociedad actual, ya que está afectando principalmente a los adolescentes.

Debido a ello, durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre las principales causas del abuso de sustancias en la adolescencia. Desde 1976 a la fecha, el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) junto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) han realizado estudios epidemiológicos con muestras representativas de la población estudiantil, que han permitido mantener una observación constante del comportamiento de consumo en dicha población.

Estos estudios, han permitido conocer cuáles son las drogas que más utilizan los adolescentes, así como la manera en que los diversos aspectos en su situación social e individual influyen en la decisión de consumir dichas sustancias (Villatoro y et al, 2005).

En las mediciones que se han realizado en población escolar, se ha podido observar que ha habido un aumento importante en los porcentajes de consumo de marihuana e inhalables. También se ha encontrado que el seguir estudiando es un factor que protege a los adolescentes de consumir drogas.

Asimismo, las tendencias y prevalencias sobre el consumo de drogas en adolescentes, en nuestro país, han registrado importantes variaciones en los últimos 25 años. Entre lo más destacado de estas tendencias se encuentra el consumo elevado y estable de la marihuana y el incremento del uso de cocaína, así como la disminución en el uso de inhalables. Recientemente se ha registrado un incremento en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico principalmente (Galván, Ortiz, Soriano & Casanova, 2005).

De acuerdo con lo anterior, se ha encontrado que en 1976 el consumo de marihuana era de 2%, el de inhalables y cocaína fue menor al 1%. Para 1986, los índices de consumo de inhalables y marihuana se incrementaron a 4.7% y 4% respectivamente y el de cocaína a 1% (Castro, Valencia, 1978 y Rojas, et al, 1980).

En lo que respecta a 1989, en una encuesta realizada en el DF y la zona conurbada, se encontró que los inhalables (4.75%), la marihuana (4.08%) y las anfetaminas (3.58%) continuaban siendo las drogas de preferencia. Al comparar las cifras con los datos de 1986, se encontró un ligero aumento en el consumo de marihuana, anfetaminas y alucinógenos. Sin embargo el consumo de cocaína fue el único aumento estadísticamente significativo (de 1% a 1.61%) (De la Serna, et al, 1989).

En 1991, se realizó la 3ra Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, encontrando que los inhalables fueron la droga de preferencia seguidos de la marihuana y las anfetaminas. La cocaína y los alucinógenos fueron reportados por uno de cada 100 estudiantes. Es importante mencionar que en esta encuesta por primera vez se informa sobre el consumo de crack.

Asimismo, los estados más afectados por el consumo de inhalables fueron Querétaro Hidalgo, Baja California y el DF. El consumo de marihuana se presentó principalmente en Baja California, Jalisco, DF y Campeche. Respecto al consumo de cocaína se encontró que los porcentajes más altos fueron en Baja California, Sonora, Sinaloa, Jalisco y el DF.

En cuanto a la encuesta de 1993, se encontró que los estudiantes habían consumido más inhalables (4.82%), seguidos de la marihuana (3.58%), la cocaína (1.66%) y los alucinógenos (0.82%). Asimismo, se observó que los índices de consumo aumentan conforme se incrementa la edad de los usuarios.

En 1997 se realizó otra medición con estudiantes del DF, los resultados indicaron que la prevalencia total de consumo fue de 12%. También se encontró que más hombres que mujeres experimentan con marihuana, es decir que por cada mujer que consume cocaína 2.8 hombres lo hace. En cuanto al uso de inhalables, se observó en el 1.94% de los hombres y en 1.14% de las mujeres. Mientras que el consumo de tranquilizantes fue mayor en las mujeres (3.83% vs 2.58%).

Para la encuesta del 2000, la prevalencia total del consumo de drogas aumento a 14.7%. Los hombres presentaron un mayor porcentaje de consumo que las mujeres (6.2% y 4.4% respectivamente). La marihuana fue la droga de preferencia (5.8%), el segundo lugar lo ocupó la cocaína (5.2%), seguida de los tranquilizantes (4.8%) y los inhalables (4.3%).

Es importante mencionar que el consumo de marihuana y cocaína incremento significativamente, respecto a la encuesta de 1997. Por otra parte, aunque es menor la proporción de mujeres que ha experimentado con droga, también se presentó un incremento en el consumo de todas las drogas en especial entre 1993 y el 2003.

En lo que respecta a la encuesta estudiantil del 2003, se encontró una prevalencia total del consumo de drogas de 15.2%; los hombres consumen más (5.7%) en comparación con las mujeres (3.65%). En cuanto a las drogas

médicas como tranquilizantes, anfetaminas y sedante, el consumo es mayor en las mujeres, y el consumo de las drogas ilegales es mayor en los hombres.

La marihuana es la droga de preferencia (7.2%), de hecho es la que presenta un mayor incremento en los últimos 3 años, seguida del consumo de inhalables (4.6%), tranquilizantes (4.5%) y la cocaína (4%).

Aunque el porcentaje de consumo es menor en las mujeres, se ha observado un incremento en el consumo de marihuana. En cuanto a las preferencias del uso de drogas, las mujeres optan por los tranquilizantes (5.3%), seguidos por la marihuana (4.8%), los inhalables (3.8%) y las anfetaminas (3.5%).

En cuanto al patrón de consumo de los hombres, el orden es: marihuana (9.6%), inhalables (5.4%), cocaína (5.3%), anfetaminas y tranquilizantes (3.8% para ambos).

Entre otros estudios epidemiológicos en la población adolescente realizados en México, se encuentra la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), las encuestas del DIF, en niños y adolescentes que trabajan en la calle, y las encuestas de estudiantes en Guerrero y Querétaro.

Los resultados de dichos estudios, muestran que la población adolescente consume principalmente marihuana y cocaína. También se encontró que el total de consumidores (11.5%) se mantuvo estable; sin embargo, la proporción de mujeres que consume ha aumentado en una proporción mayor que la de los hombres, especialmente en el uso de cocaína.

En términos generales, las mediciones han reportaron que hay un incremento en el consumo de drogas tanto médicas como ilegales. En los últimos 3 años se incrementó de 14.7% a 15.2%. Los análisis que se realizaron por género muestran que los niveles de consumo de las mujeres han incrementado, en tanto que el de los hombres se ha mantenido estable o hasta ha disminuido.

En lo que respecta al patrón de consumo por tipo de droga, este se mantuvo muy similar que en el 2000, encontrando en primer lugar a la marihuana,

seguida de los inhalables, los tranquilizantes y la cocaína, con niveles de consumo similares a los de las tres últimas encuestas. En cuanto a las mujeres, la droga de preferencia son los tranquilizantes.

Como se ha mencionado, el consumo de drogas se ha convertido en un problema de salud pública que repercute significativamente en la población adolescente. Por lo tanto, para poder entender dicho fenómeno, se deben tomar en cuenta varios aspectos como: el proceso de identidad, así como la nueva situación económica y social que trae consigo la necesidad de que ambos padres trabajen, además de los compromisos sociales recreativos que llevan a una escasa o nula convivencia familiar, que como se ha mencionado se ve más reforzado por la confrontación del adolescente con las figuras de autoridad y el cuestionamiento de las reglas, que pueden hacer sentir incompreensión, derivando en un problema mayor como sería las conductas suicidas

En este sentido, el fenómeno del consumo de drogas, pueden abordarse como un desorden en sí mismo, o como factor de riesgo para la manifestación de otras conductas de riesgo, o de problemas de salud. Dicho fenómeno, modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales de la persona que consume, independientemente de su grado de intoxicación, sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos, debido a que va a depender de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo (Medina-Mora, 1994).

Algunos autores, han planteado diversas propuestas, de las posibles causas de la relación de consumo de drogas con las conductas suicidas, en especial con la ideación suicida. Los conflictos familiares, los modelos de imitación social y algunos aspectos de herencia genética, son factores que pueden estar implicados en las relaciones entre la conducta suicida e historia familiar de abuso de drogas (Adams & Overholer, 1992).

Al respecto Bukstein (1993, citado en, Gómez, 1996), menciona algunos posibles mecanismos por los cuales el abuso de sustancias pueden predisponer a la conducta suicida:

- El abuso de sustancias puede resultar en múltiples rupturas en relaciones personales, lo cual puede incrementar el riesgo de suicidio.
- El abuso de sustancias, por los efectos de intoxicación puede deteriorar el juicio y hacer que el suicidio se presente con más facilidad.
- El abuso de sustancias puede ser agudo y crónico, modificando el modo, el cual puede presentar ideación suicida y depresión.

Saxon y cols (1980, citados en Mondragón, 1997), mencionan que el consumo de drogas está muy relacionado con la conducta suicida; debido a que el abuso de sustancias ha sido descrito como una conducta autodestructiva por sí misma; y que el abuso de drogas provoca una alta frecuencia de ideación e intento suicida cuando se combinan con la presencia de altos niveles de estrés.

Asimismo, Apter (2001) plantea que la intoxicación por automedicación a menudo sigue una crisis de ansiedad y desaliento, que puede conducir al suicidio en un adolescente que siente vergüenza, humillación o frustración. También sugiere que los adolescentes pueden usar la droga para sostener su valor, ya que al disminuir la inhibición se puede presentar con más facilidad la conducta suicida.

De acuerdo con San Molina, et al (1998), el consumo de drogas representa la causa principal de intentos de suicidio independientemente de que se trate de individuos adictos o no; y para inducir un estado de intoxicación o como sustancias para una sobredosis, son los métodos más utilizados en los intentos de suicidio y en los suicidios consumados.

Al respecto plantean que estas sustancias actúan como desinhibidores en cualquier conducta suicida; la coincidencia con situaciones amenazantes y estresantes o la dificultad para resolverlas, incrementa los riesgos de intentos de suicidio. Asimismo, la depresión asociada al consumo de múltiples sustancias, presenta un mayor riesgo.

También mencionan, que el riesgo de suicidio entre la población adicta se relaciona de una forma más significativa con el consumo de múltiples sustancias, especialmente opiáceos, sedantes, anfetaminas y cocaína. Además

de que la historia familiar de depresión, consumo de drogas y suicidio, es muy frecuente en estos casos (Murphy, 1993).

En cuanto a los adolescentes que consumen drogas, en estos se producen una desinhibición y suprimen la reticencia frente al suicidio y de esta manera actúan como un factor precipitante de la conducta suicida. De la misma forma, la desinhibición junto a una alteración de la capacidad de juicio, asociados a la intoxicación puede conllevar a comportamientos de riesgo como las autolesiones y las sobredosis.

También existe la hipótesis de la automedicación, la cual propone que el uso de drogas es una consecuencia derivada de los intentos, por parte de los individuos, de aliviar los estados de estrés emocional y que la droga de elección no es al azar, sino que se basa en la capacidad de la sustancia para mejorar síntomas específicos (Spring & Rothgery, 1994).

Respecto a lo anterior, Borges (1995) resume de la siguiente manera los mecanismos por los cuales el consumo de drogas influye en las conductas suicidas:

-Acción directa en el Sistema Neurotransmisor

*Reducción en los neurotransmisores (serotonina) en usuarios de cocaína y anfetaminas.

*Posible alteración directa de la química cerebral con el uso de depresores del SNC, como el alcohol, sedativos hipnóticos y opiáceos

-Acción directa de los Sistemas Psicológicos

*Acción farmacológica que induce un estado de ánimo deprimido, retardo psicomotor, aislamiento social, culpa y autoreproches; pueden producir sentimiento de desesperanza.

*Las drogas depresoras tienden a producir depresión durante la intoxicación, mientras que los estimulantes producen estados depresivos durante la abstinencia.

*También es posible que existan mecanismos “abreactivos” especialmente en ocasiones de rápido incremento en el nivel de intoxicación en el contexto de interacciones impulsivas y explosivas.

-Comorbilidad con Síndromes Psiquiátricos

*Sustrato biológico psicológico común

*Teoría de la automedicación

*Incremento en el riesgo debido a la exacerbación de otros diagnósticos psiquiátricos.

-Acción directa

*Facilitación de las conductas de riesgo

*Conflicto interpersonal, aislamiento familiar y social

*Problemas legales y sociales, dificultades económicas, problemas escolares

*Tráfico de drogas y acceso a armas de fuego

-Mecanismos desconocidos

*Falta de estudios sobre la farmacología de las drogas en la población joven

Por su parte, Blumental (1990, citado en Gómez, 1996) menciona algunas de las posibles causas por las que el suicidio en los jóvenes ha ido en aumento, y son las siguientes:

- ψ Una subida paralela en la incidencia y prevalencia de los factores de riesgo asociado con el suicidio en jóvenes, particularmente la depresión, desórdenes de la conducta y abuso de sustancias.
- ψ Una alta proporción de jóvenes en la sociedad resulta en una competencia por el empleo y por la educación y tienen grandes posibilidades al fracaso y desesperanza.
- ψ Los grupos que están más expuestos al estrés presentan un número más alto de suicidios.
- ψ Asociación del incremento violento de la conducta y un acceso a armas de fuego en la sociedad.
- ψ Influencias del ambiente, como incrementos en la tasa de divorcios, movimientos geográficos y cambios en la estructura familiar, interactuando con individuos genéticamente vulnerables.

Como ya se ha venido mencionando, el consumo de drogas y las conductas suicidas constituyen en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes. Existe la hipótesis de que el abuso de

sustancias puede constituir uno de los detonadores de la conducta suicida, mediando entre la ideación suicida y la realización del daño con el propósito de quitarse la vida (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer, 2001).

Las diversas investigaciones que se han realizado en este ámbito, han mostrado la estrecha relación que existe entre estos dos fenómenos.

Investigaciones al respecto mencionan que de los adolescentes urbanos de entre 12 y 17 años, entrevistados como parte de la encuesta de Adiciones de 1999, 1.34%, reportó haber intentado suicidarse; y que este índice era 5 veces mayor entre quienes usaban drogas (Medina-Mora, et al, 2001)

González-Forteza, Mariño, et al (1998) en una muestra de estudiantes de educación media y media superior de la ciudad de Pachuca, encontraron que el 10% reportó haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. El 40% de los hombre y el 24% de la mujeres que intentaron quitarse la vida, presentaban malestar depresivo, y el uso de cualquier droga ilícita se presentó en el 20.8% de los hombres y en el 11.3% de las mujeres que intentaron suicidarse.

En la encuesta de estudiantes del 2000 se encontró que la prevalencia de intento suicida fue de 9.5%, del cual el 15.1% de los intentos suicidas fueron llevados a cabo por mujeres y el 3.5% por hombres. También se encontró que el consumo de drogas estuvo presente en el 46.9% de los adolescentes que intentaron suicidarse; las mujeres que intentaron suicidarse consumen principalmente drogas médicas, en tanto que los hombres con intento consumen las drogas ilegales. Respecto a la ideación suicida, ésta fue significativamente mayor en los adolescentes que intentaron suicidarse en comparación con los que no lo han intentado. Estas prevalencias muestran la alta relación que existe entre el consumo de drogas y la conducta suicida (Villatoro, et al, 2003).

Cabe mencionar, que el analizar la prevalencia actual de consumo de drogas en el Distrito Federal, brinda una visión de la magnitud de la relación, ya que el

14.7% consumieron drogas alguna vez en la vida y el 5% son usuarios regulares. En tanto que en la población de adolescentes que han intentado suicidarse la cifra es tres veces mayor (Villatoro, et al, 2002).

En general, se puede decir que el fenómeno del consumo de drogas, se caracteriza entre otros factores, por su diversidad en cuanto a los tipos de sustancias y por la gran variedad de los efectos y consecuencias que estos pueden ocasionar. Siendo ello explicable, al menos por las distintas realidades tanto personales, biológicas y sociales de las personas que están inmersas en este problema.

Retomando lo expuesto anteriormente, y concluyendo de las investigaciones, se puede decir que los principales factores de riesgo que se presentan en los adolescentes, son: el consumo de drogas, la desesperanza, el malestar depresivo, los problemas familiares, intentos de suicidio previos, pocas habilidades de enfrentamiento, estresores cotidianos, problemas con el/la novio(a), problemas escolares, abuso sexual y baja autoestima. Por lo tanto, el que existan diversos factores, hace que el problema de la conducta suicida se torne más complejo, debido a que dichos factores interactúan entre si.

También es importante mencionar que existen diferencias muy marcadas en relación al sexo, ya que las mujeres son quienes más intentan suicidarse, pero los hombres son quienes lo llevan a cabo. Se dice que esta diferencia tiene que ver con el método utilizado para realizar dicha conducta. Sin embargo, los aspectos sociales y culturales también influyen.

Por tal motivo, se reconoce la necesidad de estudiar tanto la ideación como el intento suicida, así como el consumo de drogas en la población adolescente, ya que ésta es la de mayor riesgo suicida, además de que para el caso de la Ciudad de México, una porción importante corresponde a la población estudiantil de educación secundaria y bachillerato.

CAPITULO 4. MÉTODOLOGIA

Los datos que se utilizaron para la presente investigación, provienen del proyecto 42092-H, financiado por el CONACYT, titulado “La evolución del consumo de drogas, tabaco y alcohol en los adolescentes de la Ciudad de México, medición otoño 2003, D.F.” (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez y Ramos, 2004). Cabe mencionar, que la redacción se utilizó en tiempo pasado debido a que el trabajo de campo ya se había realizado.

4.1 Planteamiento del problema

¿Está relacionado el consumo de drogas, con la ideación y el intento suicida?
¿Cuál es la prevalencia de la ideación e intento suicida en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal?

4.2 Objetivos Generales

- 1.-Conocer la relación de la ideación e intento suicida de los adolescentes estudiantes con el consumo de drogas.
- 2.-Conocer la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes estudiantes.

4.2.1 Objetivos Específicos

- Analizar la relación entre la ideación suicida y el consumo de drogas
- Analizar la relación entre el intento suicida y el consumo de drogas
- Conocer los principales motivos del intento suicida de los adolescentes estudiantes
- Conocer los métodos utilizados por los adolescentes estudiantes para realizar el intento suicida.
- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes estudiantes que presentan ideación e intento suicida

4.3 Hipótesis Conceptual

La conducta suicida es un problema multifactorial que en las últimas décadas ha aumentado en la población adolescente en diversos países incluyendo México. Asimismo se han identificado varios factores de riesgo, entre los que se

encuentra el consumo de drogas. Por lo tanto, en la presente investigación se espera que la ideación e intento suicida, se presente en mayor medida en los estudiantes adolescentes que consumen drogas (González-Forteza, 1996, 1998, López, et al, 1995, Mondragón, et al, 1998 y Villatoro, 2003).

4.4 Definición de Variables

4.4.1 Variables atributivas de clasificación

-Etapa del desarrollo: Adolescencia

-Sexo: Hombre ó Mujer

-Características sociodemográficas: nivel educativo, si estudió el año pasado, si trabajó el año pasado, si tiene papá y/ o mamá, si vive con papá y/ o mamá y la escolaridad del jefe de familia.

Variable Criterio: Consumo de Drogas

Variables Predictoras: Intento Suicida e Ideación Suicida

4.4.2 Definición Conceptual de Variables

Ideación Suicida: Son los planes, ideas o pensamientos de una persona acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo (Beck, 1979, citado en, Mondragón, 2001).

Intento Suicida: Cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva (Stengel, 1965).

Consumo de drogas: Uso de una sustancia química o natural, la cual es introducida voluntariamente al organismo y que produce cambios fisiológicos, emocionales o del comportamiento (Medina-Mora, et al, 1995).

4.4.3 Definición Operacional de las Variables

Ideación Suicida: La ideación suicida se medirá por medio de los siguientes reactivos, en la última semana (Anexo):

- No podía “seguir adelante”
- Tenía pensamientos de muerte
- Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)
- Pensé en matarme (Roberts, 1980).

Intento Suicida: Se obtiene de acuerdo a la cédula de intento suicida (Anexo) empleada en estos estudios (González-Forteza, Mariño, et al, 1998; Villatoro, et al, 1999, 2001 y 2003).

Consumo de drogas: En la presente investigación, el consumo de drogas excluye, alcohol y tabaco. Esta variable se considerará con base a los siguientes valores: a) No usuario, b) uso-experimental y c) uso regular. Es decir, el no consumo es cuando el adolescente no ha utilizado drogas, tales como: la mariguana, cocaína, inhalables, heroína o alucinógenos, ni drogas médicas como: tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos, narcóticos o estimulantes fuera de prescripción médica; el uso experimental se refiere al uso de cualquier droga de una a cinco veces, a lo largo de la vida del sujeto; el uso regular se refiere al uso de cualquier droga por más de cinco veces, a lo largo de la vida del sujeto.

4.5 Población y Muestra

La unidad de análisis sobre la cual se obtuvo información la constituyen los 10, 659 estudiantes de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 2002-2003 en las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal.

Se consideraron tres dominios de estudio:

- Estudiantes de secundaria
- Estudiantes de bachillerato
- Estudiantes de escuelas técnicas y comerciales

El marco muestral se elaboró con base a los registros oficiales de los estudiantes de enseñanza media y media superior del ciclo escolar 2002-2003 de la Secretaría de Educación Pública. El muestreo se sometió a validaciones y

depuraciones, para lo cual, se obtuvo una muestra aleatoria del 5% de las escuelas de cada dominio de estudio, en las que se validó la información del marco muestral, para que esta fuera lo más confiable posible y poder evitar inconsistencias en las estimaciones.

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México, especificando el grado de contribución de cada una de las delegaciones políticas del Distrito Federal, a la magnitud del problema.

Para la estimación del tamaño de muestra se consideró:

- A. La distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- B. Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- C. Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de inhalables, estimulantes tipo anfetamínico, mariguana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

Las 348 escuelas se seleccionaron aleatoriamente al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de estas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la finalidad de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Debido a que la selección de la muestra parte de un esquema autoponderado de grupos y alumnos, se estableció lo siguiente:

1. Se calculó una fracción de muestreo general (total de grupos por nivel educativo necesarios, entre el total de grupos existentes en el nivel

educativo) para aplicarse en los estratos que conformaron cada una de las delegaciones políticas.

2. Se realizó el acumulado de grupos según tipo de escuela por Delegación (se sumaron escuela por escuela el número de grupos para formar el acumulado).
3. Se seleccionaron nuevos "arranques" aleatorios dentro de cada uno de los estratos para lograr la selección independiente de los grupos escolares (en cada nivel educativo se obtuvo un valor aleatorio por computadora ubicado entre 1 y el inverso de la probabilidad de selección obtenida en el punto 1).

El "arranque" aleatorio se obtuvo al azar por computadora entre el número cero y el intervalo de selección calculado.

Para el presente estudio, la muestra estuvo constituida por 10,659 estudiantes, de los cuales el 50.5% fueron hombres y el 49.5% mujeres. La edad de los sujetos fue de entre 11 y 22 años.

4.6 Diseño de Investigación

-Estudio de Campo de tipo Encuesta transversal-descriptiva

4.7 Instrumento

El instrumento que previamente ha sido validado y cuyos indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas, fue aplicado en tres formas debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta forma, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos fueron: Datos sociodemográficos, nivel socioeconómico percibido, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas conducta y actitud antisocial, intento e ideación suicida, disponibilidad de drogas, tolerancia social y percepción de riesgo del consumo de drogas, normas y ambiente familiar y autoestima, ajuste social, conducta sexual y abuso sexual y estrés psicosocial.

Cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar e incluye lo siguiente: En la forma A se incluye la evaluación de tiempo libre, trastornos de la

alimentación, lugares donde consigue y consume bebidas alcohólicas, nivel de ansiedad, asertividad y hábitos de educación de sus padres.

Las secciones de la forma B son relacionadas con su ambiente escolar principalmente, porque ha dejado de ir a la escuela, rendimiento escolar percibido, percepción de la escuela, de los maestros y del director, razones por las que estudia, apoyo social que recibe para seguir estudiando, actividades escolares que realiza, hábitos de estudio y percepción de inseguridad social.

En la forma C, se encuentran las secciones adicionales en las cuales se pregunta sobre el nivel de satisfacción que tiene el adolescente con diferentes áreas de su vida, características de sus amigos, escala de tamizaje del Trastorno por déficit de Atención, apoyo social y depresión.

Es importante mencionar que el cuestionario ha sido aplicado en encuestas anteriores y ha sido previamente validado (Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Rojas y Villatoro, 1996; Juárez, Medina-Mora, Villatoro, Carreño, López, Galván y Rojas, 1996; Medina-Mora, Gómez-Mont y Campillo, 1981, citados en, Alcántar, 2002).

En cuanto a las secciones específicas del instrumento que se utilizaron en el presente trabajo, se encuentran en las tres formas del cuestionario y tienen los siguientes antecedentes de confiabilidad y validez.

1) IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida se evaluó con cuatro reactivos diseñados por Roberts (1980), acerca del contenido cognoscitivo de pensamientos referidos a la muerte en general y de sí mismo (a). En su versión adaptada para adolescentes y probada para estudiantes mexicanos por Medina-Mora, (1994). Se obtuvo una alpha de Cronbach de .88 entre estudiantes de bachillerato de una región del Distrito Federal. Otros estudios también con adolescentes estudiantes, reportan una consistencia interna satisfactoria $\alpha = .78$ a $\alpha = .84$.

2.- INTENTO SUICIDA

Se midió a través de las preguntas: “Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida? y ¿Qué edad tenías la única ó

última vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?, las cuáles se han utilizado en estudios con población adolescente por González-Forteza (1993 y 1998). Además incluye dos preguntas abiertas, con la finalidad de que el adolescente exponga sus razones así como los métodos empleados en el intento suicida (Anexo).

- Se utilizaron indicadores previamente evaluados en estudios anteriores (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998) ya que fueron incluidos también en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 1997 (Villatoro, et al, 1999) y en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 2000 (Villatoro et al., 2001), para analizar, la ocurrencia del intento, el número de veces en la vida, edad del único o último intento, así como sus motivos y método. Las categorías de análisis para saber la prevalencia del intento suicida alguna vez en la vida fueron las siguientes:

Intento definido: Cuando se contestó afirmativamente a la pregunta: ¿Alguna vez, a propósito te haz herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con él fin de quitarte la vida?, y se respondieron a preguntas subsiguientes (número de veces, edad del intento, motivos y métodos). En el caso que haya omitido la edad, se verifica que los demás datos estén completos y sean congruentes. Cuando no hubo claridad en el motivo, pero el método fue claramente una conducta autodestructiva y se contestó al deseo de muerte (2= "No te importaba si vivías o morías", ó 3= "Deseabas morir"), se considerará como intento definido.

Sin intento suicida: Se refiere al registro negativo, al indicador y preguntas subsecuentes.

Motivo: Se le presentan al sujeto 10 categorías de respuesta, de las cuales puede contestar más de una. En caso de que haya intento suicida, también se da la posibilidad de que de una respuesta abierta, con la que se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento.

Las respuestas se codifican de acuerdo a las siguientes categorías: problemas familiares, problemas con mi novio (a) o pareja, problemas con mis amigos(as), el sentirme solo (a) o deprimido (a), problemas en la escuela, incomprensión o falta de cariño de mi familia, problemas personales, por querer llamar la atención, porque se murió alguien a quien he querido mucho, por que han abusado sexualmente de mi y otra razón.

Método empleado para cometer el intento suicida: Se le presentan al sujeto 10 categorías de respuesta, de las cuales puede contestar más de una. En caso de que haya intento suicida, también se da la posibilidad de que de una respuesta abierta, con la que se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento

La codificación se hace con las siguientes categorías: tomé pastillas o medicamentos, me corté con un objeto filoso, me disparé con un arma de fuego, traté de ahorcarme o asfixiarme, tomé veneno, me intoxicué con drogas, me aventé de una parte alta hacia el piso, dejé de comer, me aventé al tránsito y lo hice de otra forma. También hay un indicador para obtener respuestas abiertas, en donde se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento. En caso de repuestas múltiples se toma en cuenta lo siguiente:

Cuando se hace referencia al último intento, este es el que se toma en cuenta sin importar la letalidad. Si NO tiene referencia al último, tomar en cuenta el más letal. En caso de respuestas dudosas, y el intento si parece importante, considerar el deseo de morir = 2 ó 3. Si el motivo no es claro, no se considera dato perdido, o es blanco, se codifica como: no específico, tomando en cuenta el deseo de morir = 2 ó 3.

4.8 Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluyó un Coordinador Central, seis supervisores y 23 encuestadores capacitados. El curso de capacitación duró 12 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para aplicarlo y para la selección de grupos.

Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir las instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores.

El coordinador fue responsable de controlar el trabajo de campo, de entregar los materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo de una zona o delegación específica y ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas, como la localización y los permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de los cuestionarios.

Después de la aplicación, para fines de codificación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de: a) clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes, b) verificar que se trataba de una droga que se usara con motivos de intoxicación, y c) detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo que verifica la congruencia de las respuestas, y posteriormente se llevó a cabo una nueva depuración por medio de una programación para revisar directamente los cuestionarios.

4.9 Análisis Estadístico

Con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados, se utilizó el programa SPSS versión 10.5. Para lograr los objetivos 1 y 2, se utilizó la prueba X^2 , ya que la variable consumo de drogas es nominal (consumo vs. no consumo), este análisis se hizo por separado para hombres y para mujeres, de manera que solo se tuvieron dos grupos en cada situación como se señala en el punto anterior. Para los objetivos 3 y 4 se hizo un análisis de frecuencias.

Para describir las características sociodemográficas se aplicó la prueba X^2 debido que las variables atributivas de clasificación, sexo, nivel de estudios, si

estudió el año pasado, si trabajó el año pasado y si tiene papá-mamá son nominales. En estos grupos se analizó cuál o cuáles de ellos presentan más el intento y la ideación suicida.

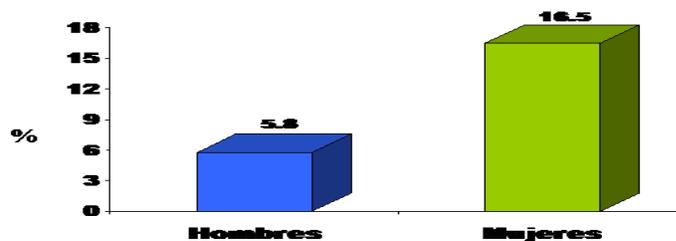
CAPITULO 5. RESULTADOS

Primero se presentan las características sociodemográficas de la muestra, y la relación que tienen con la presencia de ideación e intento suicida, posteriormente se presentan los análisis estadísticos de las variables, de acuerdo con los objetivos planteados en el presente estudio.

Para conocer las características sociodemográficas de los adolescentes que intentaron suicidarse, se utilizó la prueba estadística X^2 , que permite comparar muestras independientes con un nivel de medición nominal. Asimismo, se analizaron los resultados por sexo, debido a que el intento suicida es mayor en las mujeres que en los hombres, por lo tanto es mejor analizarlos por separado.

En el presente estudio, se pudo observar que la prevalencia de intento suicida es 3 veces mayor en las mujeres (16.5%) que en los hombres (5.8%) (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia de Intento Suicida por Sexo



Los resultados muestran que en los hombres el intento suicida es significativamente mayor en los adolescentes que el año pasado trabajaron tiempo completo 9.5% ($X^2=3.16$, $p =.000$), que no tienen papá 12.3% ($X^2=20.38$, $p =.000$), que no tienen mamá 13.2% ($X^2=11.77$, $p =.003$), que no viven con papá 8.6% ($X^2=20.74$, $p =.000$) o con mamá 8.2%, ($X^2=7.73$, $p =.005$) (Tabla 1).

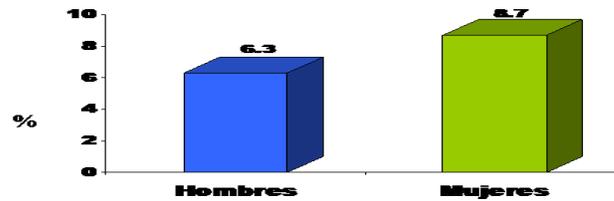
Mientras que para las mujeres el intento suicida se presenta más en aquellas que estudiaron medio tiempo 24.4% ($X^2=13.33$, $p =.000$), que trabajaron medio tiempo 26.7% ($X^2=32.52$, $p =.000$), que no tienen papá 21.8% ($X^2=13.42$, $p =.001$) ni mamá 25.7% ($X^2=6.94$, $p =.031$) y que no viven con papá 19.8% ($X^2=12.50$, $p =.000$) (Tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas e Intento Suicida

	HOMBRES				MUJERES			
	N	%	X ²	Prob.	N	%	X ²	Prob.
El año pasado ¿fuiste estudiante?								
No	23	7.1	3.164	.206	29	15.7	1.335	.000
Estudiante de medio tiempo	43	7.0			106	24.4		
Estudiante de tiempo completo	242	5.5			731	15.8		
El año pasado ¿trabajaste recibiendo sueldo?								
No trabajé	206	5.0	20.38	.000	716	15.4	32.52	.000
			6				7	
Trabajé medio tiempo	59	7.6			96	26.7		
Trabajé tiempo completo	42	9.5			45	19.2		
¿Tienes papá?								
Si	230	5.0	37.90	.000	684	15.6	13.42	.001
			0				3	
Lo sustituye un familiar	35	9.0			80	19.1		
Otro	39	12.3			96	21.8		
¿Tienes mamá								
Si	290	5.6	11.77	.003	827	16.2	6.941	.031
			9					
La sustituye un familiar	11	10.7			27	25.7		
Otro	9	13.2			11	18.6		
¿Vives con papá?								
Si	211	5.0	20.70	.000	625	15.5	12.50	.000
			4				0	
No	99	8.6			246	19.8		
¿Vives con mamá?								
Si	256	5.4	7.738	.005	768	16.2	2.227	.136
No	54	8.2			103	18.8		

Respecto a la ideación suicida, se encontró que el 6.3% de los hombres y el 8.7% de las mujeres reportó haber presentado los 4 síntomas (Figura 2).

Figura 2. Prevalencia de Ideación Suicida por Sexo



También para conocer las características sociodemográficas de los adolescentes que presentan ideación suicida, se utilizó la prueba estadística X^2 . En los hombres, en primer lugar se encontró que hay diferencias significativas entre los que estudian la secundaria (7.3%) y los que estudian bachillerato, (4.9%) en cuanto a la proporción de los que presentan los 4 síntomas ($X^2=11.79$, $p =.003$). También entre los que no estudiaron el año pasado 9.3% ($X^2=15.81$, $p =.003$), que trabajaron tiempo completo 10.6% ($X^2=36.55$, $p =.000$), que no tienen mamá 11.8% ($X^2=11.33$, $p =.023$), ni papá 8.2% ($X^2=12.96$, $p =.011$) y que el jefe de familia tiene secundaria o equivalente 7.2% ($X^2=12.57$, $p =.050$) (Tabla 2a).

En mujeres, se obtuvieron diferencias significativas en las que trabajaron medio tiempo 13.9% ($X^2=30.21$, $p =.000$) que no tienen mamá 15.3% ($X^2=14.9$, $p =.007$) o papá 11.5% ($X^2=28.25$, $p =.000$), que no viven con papá 9.7% ($X^2=19.89$, $p =.000$) y que el jefe de familia no tiene educación o solo tiene primaria 10.2% ($X^2=14.77$, $p =.022$) (Tabla 2b).

Tabla 2a. Características Sociodemográficas y Grupos de Ideación Suicida Hombres

	Ideación Suicida						X ²	Prob.
	0 Síntomas		1-3 Síntomas		4 Síntomas			
	N	%	N	%.	N	%		
El año pasado fue estudiante								
No	172	53.1	122	37.7	30	9.3	15.81	.003
Estudiante de medio tiempo	295	47.7	283	45.8	40	6.5	5	
Estudiante de tiempo completo	2394	54.6	1727	39.4	265	6.0		
El año pasado trabajó								
No trabajé	2278	55.6	1596	38.9	226	5.5	36.55	.000
Trabajé medio tiempo	375	48.4	340	43.9	59	7.6	9	
Trabajé tiempo completo	203	45.9	192	43.4	47	10.6		
¿Tienes papá?								
Si	2519	54.6	1818	39.4	274	5.9	12.96	.011
Lo sustituye un familiar	193	49.7	167	43.0	28	7.2	8	
Otro	145	45.7	146	46.1	26	8.2		
¿Tienes mamá								
Si	2799	54.0	2061	39.8	322	6.2	11.33	.023
La sustituye un familiar	47	45.6	50	48.5	6	5.8	6	
Otro	26	38.2	34	50.0	8	11.8		
¿Escolaridad del jefe de familia?								
Sin educación y con primaria	451	50.1	387	43.0	62	6.9	12.57	.050
Secundaria o equivalente	777	54.1	554	38.6	104	7.2	8	
Preparatoria, vocacional o equivalente	664	52.9	523	41.7	68	5.4		
Universidad, Post-grado u otro estudio	937	55.6	649	38.5	99	5.9		

En lo que respecta a los motivos por los cuales se intentaron suicidar, se encontró que el principal motivo reportado por las mujeres, fue la soledad, tristeza y depresión con un 43.8% seguidos de los problemas familiares con 41.8%. El tercer motivo para las mujeres fueron tanto los problemas de pareja como los problemas personales (18.6% para ambos). Otro motivo reportado por las mujeres es la incomprensión y falta de cariño, así como los problemas escolares (16.9% y 12.8%, respectivamente).

Tabla 2b. Características Sociodemográficas y Grupos de Ideación Suicida Mujeres

	Ideación Suicida						X ²	Prob.
	0 Síntomas		1-3 Síntomas		4 Síntomas			
	N	%	N	%.	N	%		
El año pasado trabajó								
No trabajé	2110	45.5	2150	46.4	378	8.2	30.21	.000
Trabajé medio tiempo	119	33.1	190	52.9	50	13.9	7	
Trabajé tiempo completo	96	41.0	111	47.4	27	11.5		
¿Tienes papá?								
Si	2012	46.0	1999	45.7	361	8.3	28.25	.000
Lo sustituye un familiar	159	37.9	212	50.6	48	11.5	3	
Otro	156	35.5	236	53.6	48	10.9		
¿Tienes mamá								
Si	2279	44.7	2379	46.7	437	8.6	14.09	.007
La sustituye un familiar	32	30.5	62	59.0	11	10.5	6	
Otro	30	50.8	20	33.9	9	15.3		
¿Vives con papá?								
Si	1865	46.2	1833	45.4	339	8.4	19.89	.000
No	485	39.0	637	51.2	121	9.7	0	
¿Escolaridad del jefe de familia?								
Sin educación y con primaria	449	42.7	495	47.1	107	10.2	14.77	.022
Secundaria o equivalente	557	42.2	641	48.6	122	9.2	2	
Preparatoria, vocacional o equivalente	562	43.5	619	47.9	111	8.6		
Universidad, Post-grado u otro estudio	722	48.0	665	44.2	116	7.7		

En cuanto a los hombres, estos motivos se presentan a la inversa, ya que el principal motivo que reportaron fueron los problemas familiares seguidos de la soledad, tristeza y depresión (37.5% y 32.8% respectivamente). El tercer motivo que reportaron fueron los problemas personales (18.8%), seguido de los problemas de pareja (17.5%). Asimismo, también mencionaron a los problemas escolares y la incomprensión y falta de cariño (14.1% para ambos). Sin embargo, cabe mencionar que el único en el se presentaron diferencias estadísticamente significativas fue en el de Depresión ($X^2= 11.285$, $p=.001$) (Tabla 3).

Tabla 3. Motivos para el Intento Suicida

Motivo	Hombres		Mujeres		X ²	Prob.
	N	%	N	%		
Problemas familiares	120	37.5	373	41.8	1.607	.205
Problemas con pareja	56	17.5	166	18.6	.121	.728
Problemas con amigos	17	5.3	58	6.5	.382	.536
Depresión	105	32.8	391	43.8	11.285	.001
Problemas en la escuela	45	14.1	114	12.8	.243	.622
Incomprensión	45	14.1	151	16.9	1.207	.272
Problemas personales	60	18.8	166	18.6	.000	1.000
Llamar la atención	11	3.4	41	4.6	.509	.476
Muerte de un ser querido	20	6.3	61	6.8	.051	.821
Abuso sexual	6	1.9	28	3.1	.950	.330
Otra razón	25	7.8	41	4.6	4.199	.040

El cuanto a los métodos más utilizados, para realizar el intento suicida, los que presentaron diferencias estadísticas significativas fueron: la ingesta de medicamentos, observándose un porcentaje mayor en las mujeres (37.6% y 18.2%) ($X^2=39.55$, $p =.000$) El segundo método reportado fue el dejar de comer con un 19.3% para las mujeres y un 13.2% para los hombres ($X^2=5.68$, $p =.017$) En tanto que, el intoxicarse con drogas (6.6% y 1.8% respectivamente) ($X^2=16.38$, $p =.000$) ocupa el tercer lugar. Asimismo el aventarse de un lugar alto (6% y 1.8%), el dispararse (3.4% y 1.2% respectivamente) y el aventarse al tránsito (3.4% y 1.2%) son también más reportados por los hombres que por las mujeres. Sin embargo, el método que presenta mayor porcentaje tanto en hombres como en mujeres fue el cortarse con algún objeto punzocortante (47% mujeres y 42% los hombres) ($x^2 2.16$, $p = .141$) (Tabla 4).

Por otra parte, para conocer la relación que guarda el intento suicida con el consumo de drogas, se utilizó la prueba de la X^2 , debido a que la variable consumo de drogas es nominal (consumo vs no consumo) y el análisis se realizó por separado para hombres y para mujeres.

Tabla 4. Métodos utilizados para el intento suicida

Método	Hombres		Mujeres		X ²	Prob.
	N	%	N	%		
Tomé pastillas	58	18.2	333	37.6	39.550	.000
Me corté	134	42.0	416	47.0	2.165	.141
Me disparé	12	3.8	1	.1	25.911	.000
Ahorcándome	29	9.1	67	7.6	.546	.460
Tomé veneno	15	4.7	21	2.4	3.620	.057
Me intoxicué con drogas	21	6.6	16	1.8	16.383	.000
Me aventé de un lugar alto	19	6.0	16	1.8	12.864	.000
Dejé de comer	42	13.2	171	19.3	5.687	.017
Me aventé al tránsito	11	3.4	11	1.2	5.187	.023

Los resultados muestran que el nivel de consumo de cualquier droga en los hombres que intentaron suicidarse, es significativamente mayor que en los que no lo intentaron (42.3% vs 15.4%). Principalmente consumieron las drogas ilegales, ya que el 22.9% consumió marihuana, seguida de los inhalables 19.7% y la cocaína 18.7%. El 14.2% consumió estimulantes de tipo anfetamínico y un 13.5% tranquilizantes. Asimismo, el 21.9% consumió cualquier droga médica y el 35.8% cualquier droga ilegal (Tabla 5a).

Tabla 5a. Consumo de Drogas e Intento Suicida en Hombres

Consumo Alguna Vez	INTENTO SUICIDA				X ²	Prob.
	SI		NO			
	N	%	N	%		
Estimulantes tipo anfetamínico	44	14.2	160	3.2	94.532	.000
Tranquilizantes	42	13.5	163	3.2	82.287	.000
Marihuana	71	22.9	444	8.8	65.881	.000
Cocaína	58	18.7	229	4.5	113.7.01	.000
Crack	37	11.9	112	2.2	99.025	.000
Alucinógenos	37	11.9	106	2.1	105.630	.000
Inhalables	61	19.7	227	4.5	130.106	.000
Sedantes	8	2.6	29	.6	14.437	.000
Heroína	22	7.1	37	.7	103.372	.000
Cualquier droga	131	42.3	780	15.4	148.031	.000
Cualquier droga médica	68	21.9	308	6.1	110.589	.000
Cualquier droga ilegal	111	35.8	626	12.3	133.965	.000

En cuanto a las mujeres, también se observó un nivel de consumo en todas las drogas, significativamente mayor en las que intentaron suicidarse en relación a las que no lo intentaron (32%.vs. 9.8%) Las mujeres que intentaron suicidarse

consumieron en primer lugar tranquilizantes 13.4%, en segundo lugar marihuana 11.3%, seguida de los inhalables 10.6%. También el consumo de estimulantes y cocaína fueron significativos (9.9%. y 8.5% respectivamente). En lo que respecta a las drogas médicas el 21.5% las consumió y el 20% cualquier droga legal (Tabla 5b).

Tabla 5b. Consumo de Drogas e Intento Suicida en Mujeres

Consumo Alguna Vez	INTENTO SUICIDA				X ²	Prob.
	SI		NO			
	N	%	N	%		
Estimulantes tipo anfetamínico	86	9.9	99	2.2	122.933	.000
Tranquilizantes	117	13.4	162	3.7	136.446	.000
Marihuana	98	11.3	158	3.6	91.039	.000
Cocaína	74	8.5	70	1.6	126.252	.000
Crack	35	4.0	27	.6	69.803	.000
Alucinógenos	37	4.2	29	.7	73.069	.000
Inhalables	92	10.6	106	2.4	131.872	.000
Sedantes	26	3.0	23	.5	45.363	.000
Heroína	11	1.3	4	.1	31.261	.000
Cualquier droga	281	32.3	430	9.8	314.309	.000
Cualquier droga médica	187	21.5	251	5.7	235.902	.000
Cualquier droga ilegal	174	20.0	244	5.5	206.142	.000

En lo que respecta a la ideación suicida, también se utilizó la X², para analizar su relación con el consumo de drogas. En los resultados se observa que en los hombres que presentan los 4 síntomas, se presenta el mismo patrón de consumo que para el intento suicida, y consumen principalmente drogas ilegales. En los hombres con ideación suicida (4 síntomas), se encontró en primer lugar el uso de marihuana (12.9%), seguida de los inhalables (11.2%) y por último el uso de cocaína (10%). Es importante mencionar que en general los hombres que presentan ideación suicida consumen menos drogas que los que presentan intento suicida (Tabla 6a).

En relación a las mujeres con ideación suicida (4 síntomas), estas también presentan el mismo patrón de consumo que las que mujeres con intento suicida, ya que la droga que más consumen son los tranquilizantes (13.7%), en segundo lugar la marihuana y los inhalables (10.7% para ambos) y por último las anfetaminas (10.4%) (Tabla 6b).

Tabla 6a. Consumo de Drogas e Ideación Suicida en Hombres

Consumo Alguna Vez	IDEACIÓN SUICIDA						X ²	Prob.
	0 Síntomas		1-3 Síntomas		4 Síntomas			
	N	%	N	%.	N	%		
Estimulantes tipo anfetamínico	85	2.9	92	4.3	27	7.9	23.053	.000
Tranquilizantes	78	2.7	104	4.8	23	6.8	23.822	.000
Mariguana	231	8.0	240	11.1	44	12.9	18.753	.000
Cocaína	121	4.2	132	6.1	34	10.0	24.767	.000
Crack	60	2.1	71	3.3	18	5.3	15.361	.000
Alucinógenos	59	2.0	68	3.2	16	4.7	11.770	.003
Inhalables	95	3.3	155	7.2	38	11.2	61.352	.000
Sedantes	13	.5	18	.8	6	1.8	8.837	.012
Heroína	17	.6	33	1.5	9	2.6	18.144	.000
Cualquier droga	377	13.1	444	20.6	90	26.5	73.360	.000
Cualquier droga médica	149	5.2	185	8.6	42	12.4	38.293	.000
Cualquier droga ilegal	305	10.6	360	16.7	72	21.2	56.486	.000

Tabla 6b. Consumo de Drogas e Ideación Suicida en Mujeres

Consumo Alguna Vez	IDEACIÓN SUICIDA						X ²	Prob.
	0 Síntomas		1-3 Síntomas		4 Síntomas			
	N	%	N	%.	N	%		
Estimulantes tipo anfetamínico	38	1.6	99	4.0	48	10.4	91.960	.000
Tranquilizantes	60	2.6	156	6.3	63	13.7	105.30	.000
Mariguana	79	3.4	128	5.2	49	10.7	45.441	.000
Cocaína	40	1.7	69	2.8	35	7.6	50.667	.000
Crack	15	.6	35	1.4	12	2.6	15.228	.000
Alucinógenos	15	.6	35	1.4	16	3.5	26.185	.000
Inhalables	43	1.8	106	4.3	49	10.7	86.729	.000
Sedantes	11	.5	30	1.2	8	1.7	10.904	.004
Heroína	3	.1	6	.2	6	1.3	19.080	.000
Cualquier droga	189	8.0	386	15.6	136	29.6	171.53	.000
Cualquier droga médica	101	4.3	238	9.6	99	21.5	160.97	.000
Cualquier droga ilegal	119	5.1	218	8.8	81	17.6	88.311	.000

Es importante mencionar que las mujeres con ideación suicida (4 síntomas), presentan mayor porcentaje de consumo de drogas que los hombres.

CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo reporta los resultados de un gran número de estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal, lo cual da un panorama amplio acerca de la ideación e intento suicida que presentan los adolescentes de dicha población y de la relación que estas conductas tienen con el consumo de drogas.

En México, los datos epidemiológicos muestran incrementos en las tasas de suicidios consumados e intentos de suicidio en la población joven, en particular de 15 a 19 años, lo cual es evidente que también ocurra con los adolescentes estudiantes del presente estudio (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996).

Por lo tanto, al igual que lo reportado en la literatura, la mayor proporción de intentos de suicidio, correspondió al sexo femenino. No obstante, los hombres utilizaron métodos más letales para llevar a cabo dicho acto. Al respecto, González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998) señalan que en general los hombres cuando intentan suicidarse lo consuman con mayor frecuencia que las mujeres ya que posiblemente, lo hacen bajo un malestar depresivo más profundo y por ello, utilizan métodos más drásticos y efectivos.

En este sentido, los resultados de este estudio reportan que la prevalencia de intento suicida en adolescentes estudiantes del Distrito Federal fue de 16.5% en las mujeres, y 5.8% en los hombres. Esto quiere decir que por cada 3 mujeres que intentaron suicidarse un hombre lo intento; lo cual indica que esta conducta ha incrementado en los últimos 6 años, ya que en un estudio realizado en 1997, se reporta que el 12.1% de las mujeres intentaron suicidarse, contra un 4.3% de los hombres. Asimismo, en el 2000, se encontró que el porcentaje de mujeres y hombres que intentaron suicidarse fue de 15.1% y 3.9%, respectivamente (González- Forteza et al, 2002).

De acuerdo con el INEGI, entre 1995 y el 2002, se registraron 2,809 intentos de suicidio, lo cual indica un crecimiento medio anual de 3.4%. El 40.1% (122

casos) del total de la población que intento suicidarse fueron hombres y el 59.9% (182 casos) fueron mujeres. En un estudio más reciente, realizado con estudiantes adolescentes del Centro Histórico de la Ciudad de México, se encontró que el 7% de los hombres y 17% de mujeres intento suicidarse, es decir un hombre por cada tres mujeres.

Al considerar, las actividades que realizaba el estudiante durante el año previo al estudio, se encontró que los hombres estudiantes que trabajaron tiempo completo; fueron los que presentaron un porcentaje más alto de intento suicida (9.5%) en comparación con los que no trabajaron (5%) y estudiaron tiempo completo (5.5%). En lo respecta a las mujeres, las que presentan más intento suicida son las que trabajan y estudian medio tiempo (26.7% y 24.4%, respectivamente), en comparación con las que no trabajan (15.4%) o no estudiaron (15.7%).

Comparando estos resultados con los de la encuesta del 2000, se encontraron algunos resultados similares, ya que los estudiantes que presentaron porcentajes más altos fueron los hombres que no estudiaron el año pasado (7.7%) y los que trabajaron tiempo completo (5.7%). En cuanto a las mujeres, de igual forma, las que obtuvieron un mayor porcentaje fueron las que trabajaron medio tiempo (25.2%) y no estudiaron el año previo a la encuesta (20.9%).

También cabe mencionar, que tanto hombres como mujeres adolescentes que han intentado suicidarse, no tienen papá ni mamá o no viven con ellos. A este respecto, Fernández, González y Lasa (1998, citado en; González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora, 2000) señalan que las interacciones familiares, desempeñan un papel crucial en el desarrollo de conductas suicidas, en adolescentes, argumentando que una relación familiar inexistente o conflictiva es un factor de riesgo para llevar a cabo un intento suicida.

Por su parte Meneese (1990, citado en; Gómez, 1996) describe severas relaciones de conflictos familiares, falta de comunicación entre los miembros de la familia como características comunes de un ambiente familiar de conductas suicidas. Menciona además, que los niños y adolescentes suicidas con

experiencias de estrés, resultan de familias desorganizadas en las cuales hay violencia intrafamiliar, alguno de los pares está muerto o existe un divorcio o separación.

En tanto que Muñoz y Grana, (2001) han identificado que las relaciones padre/madre-hijo(a), influyen sobre el estado emocional de los y las adolescentes y también sobre conductas problemáticas como el consumo de drogas.

Asimismo, Turner y cols (1991, citados en, García, 2002), mencionan que los adolescentes que están en hogares con un solo padre, son más propensos a involucrarse en conductas de riesgo, debido a que son menos los límites establecidos sobre ellos, y es mayor su dependencia emocional.

Por otro lado, en lo que respecta a los motivos para intentar suicidarse, se encontró que la soledad, tristeza y depresión (43.8%), fue el principal motivo. El segundo lugar, lo ocuparon los problemas familiares con 41.8%. El tercer motivo para las mujeres fueron tanto los problemas de pareja como los problemas personales (18.6% para ambos).

En cuanto a los hombres, los principales motivos que reportaron para haber intentado suicidarse, fueron los problemas familiares, seguidos de la soledad, tristeza y depresión (37.5% y 32.8% respectivamente). El tercer motivo reportado fueron los problemas personales (18.8%). Cabe destacar que este motivo fue reportado al igual que las mujeres en tercer lugar, no obstante las mujeres tuvieron igual porcentaje en problemas de pareja y en los hombres se reporto en cuarto lugar con 17.5%.

Los resultados de una encuesta representativa de estudiantes de nivel de educación media y media superior en el Distrito Federal en 1997 y en el 2000 mostraron que los principales motivos reportados tanto por hombres como por mujeres para llevar a cabo el intento suicida fueron los problemas familiares, además de ser el más frecuente, también aumento en ambos sexos ya que en 1997 representó el 25.6%, en los hombres y en el 2000, el 31.1%, a su vez, en las mujeres, en 1997 fue de 34.3% y en 2000, llegó a 40.7%.

El siguiente motivo más frecuente en ambos sexos correspondió a la soledad, tristeza y depresión. No obstante, que en 1997 ocupó el segundo lugar, en el 2000, se observó un decremento, ya que de tener un 17.9% bajo a 11.7% en los hombres y de 19.5% a 9.6% en las mujeres.

Al respecto Villar (2002) menciona que un entorno familiar que ejerce un mal soporte se correlaciona con una mayor incidencia de conductas suicidas en los hijos adolescentes. Además de que situaciones como violencia, abuso de alcohol, abandono de los hijos, o delincuencia de los padres, producen en los adolescentes angustia, estrés, frustración y depresión constantes; y por tal motivo pueden ver el suicidio como la única forma de resolver sus problemas.

También menciona, que las familias de los adolescentes hombres con intentos de suicidio tienen como antecedente más frecuente la delincuencia y suicidio de algún miembro de su familia. En cuanto a las mujeres, los intentos de suicidio se presentan más frecuentemente precedidos de abuso físico o sexual, de una mala relación entre los padres, abuso de sustancias de algún hermano o alguno de los padres y el fallecimiento de un miembro de la familia.

De acuerdo con Guibert (2002), la familia sigue siendo, la principal fuente de apoyo social y emocional y es a la que se acude en momentos de crisis. Sin embargo, cuando el individuo no tiene dicho apoyo, su capacidad para adaptarse, asimilar y enfrentar los eventos de la vida diaria disminuyen.

En tanto que, las investigaciones criminológicas están descubriendo, que los intentos de suicidio y las depresiones profundas son frecuentes en los adolescentes inestables emocionalmente por problemas familiares (Morón, 1992).

Marchiori (1998) cita un trabajo realizado por la OMS, en el cual se señala que el comportamiento suicida entre los jóvenes se debe principalmente a la disgregación familiar y a los cambios sociales, esto quiere decir que un ambiente familiar problemático y disfuncional puede desencadenar intentos de suicidio en los adolescentes.

En lo que respecta a los métodos utilizados tanto por mujeres como por hombres para realizar el intento suicida, se encontró que el método más utilizado fue el cortarse con objetos punzocortantes (47% y 42%, respectivamente), el segundo lugar lo ocupa la ingesta de medicamentos, con un 37.6% para las mujeres y 18.2% para los hombres. El tercer método reportado fue el dejar de comer con un 19.3% para las mujeres y un 13.2% para los hombres.

Comparando los resultados con las encuestas de 1997 y del 2000, se encontraron resultados similares ya que tanto en hombres como en mujeres al igual que en lo encontrado en este estudio, el método más utilizado fue cortarse con algún objeto punzocortante. De hecho en el 2000 se observa un incremento ya que en 1997 el porcentaje fue de 40% y en el 2000 este método fue utilizado por casi la mitad de los adolescentes estudiantes (48.5%). Sin embargo, en el presente estudio el porcentaje disminuyó (47%).

También en las dos encuestas, y en ambos sexos, la ingesta de medicamentos ocupó el segundo lugar. Cabe resaltar que los porcentajes más altos los obtuvieron las mujeres con una proporción de hasta 20 puntos porcentuales.

Otro punto importante que hay que señalar, es que en las encuestas anteriores el tercer método utilizado fue el ahorcarse y / o asfixiarse y el dejar de comer tuvo porcentajes muy mínimos, y en los hombres no se presentó. Sin embargo, en este estudio el dejar de comer ocupó el tercer lugar en ambos sexos.

En este sentido, Híjar, Rascón, Blanco y López (1996), mencionan que el hecho de que se utilicen más estos medios para realizar el intento suicida, reside en la accesibilidad y disponibilidad que se tiene a ellos.

Asimismo, cabe mencionar que el analizar la utilización de los métodos resulta de vital importancia, ya que éstos determinan, en gran medida, que el suicidio se consuma o no; y que el controlar el acceso a ellos sería una alternativa de prevención.

Por su parte, Villatoro y cols (2001) plantean que el hecho de que los adolescentes utilicen más los objetos punzocortantes para intentar suicidarse,

habla de que cada vez lo hacen con la finalidad de quitarse la vida y no solo para llamar la atención, además de que la edad en la cual lo realizan ha disminuido.

En tanto que Marchiori, (1998) menciona que el ambiente socio-cultural, económico y el nivel de estudios, inciden en la elección del instrumento, que tiene que ver precisamente con el ambiente familiar y social de la persona. También se debe tener en consideración que la edad tiene que ver con la elección del método.

Finalmente, Tozzini (citado en Marchiori, 1998) señala que la persona que intenta suicidarse elige el método que habrá de utilizar en base a cuatro aspectos: 1) su personalidad; 2) conocimiento que tenga sobre la idoneidad de dicho procedimiento; 3) el deseo real de morir y 4) las posibilidades de empleo a su alcance.

En relación a la ideación suicida, los estudios realizados con adolescentes estudiantes (González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996) muestran prevalencias de ideación suicida muy altas, que van desde 26% hasta un 50%.

Por su parte, Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, (1994) llevaron a cabo un estudio para estimar la prevalencia de la ideación suicida en una muestra de estudiantes adolescentes y encontraron que en la semana previa a la encuesta, el 47% de los estudiantes reportaron por lo menos un síntoma de ideación suicida, 17% pensó en quitarse la vida, y el 10% respondió afirmativamente a todos los indicadores de ideación suicida.

Los resultados de la prevalencia de ideación suicida que se obtuvieron en el presente estudio (6.3% hombres y 8.7% mujeres) corresponde con lo encontrado en la gran mayoría de los estudios, en los que se ha visto que la ideación suicida, es una conducta que se presenta con más frecuencia en las mujeres. No obstante, los porcentajes que se reportan aquí, son menores a los de otros estudios. Por ejemplo, Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) realizaron un estudio, en una muestra de adolescentes encontrando que la prevalencia de ideación suicida fue de 14.2% en los hombres y 19.2% en las

mujeres. En tanto que, en el estudio de dos secundarias del Centro Histórico, González-Forteza, et al (2001) encontraron que la frecuencia de ideación suicida fue de 7.5% en hombres y en las mujeres de 15.9%.

En relación a la escolaridad del jefe de familia, se encontró que los adolescentes que tienen un padre y / o una madre con educación secundaria o equivalente presentan más ideación suicida (7.2%). En tanto que en las mujeres se encontró, que las que presentan mayor índice de ideación suicida son en las que el jefe de familia no tiene educación o solo tiene primaria (10.2%). Al respecto, López, et al (1995) mencionan que la educación de los padres predice una posición económica y una buena solución de problemas, por lo tanto, si el jefe de familia no tiene escolaridad o esta es mínima, es más difícil que ofrezca estrategias adecuadas ante situaciones problemáticas.

Sin embargo, Berenzon (1994, citado en; Gómez, 1996) menciona que la escolaridad de los padres no parece aportar datos importantes para comprobar si el nivel cultural en el cual se desarrolla el adolescente está relacionado en la forma como se desenvuelve y afronta sus problemas.

En cuanto a las actividades que realizaba el estudiante durante el año previo al estudio, se encontró que los hombres adolescentes que no estudiaron y/o trabajaron tiempo completo, fueron los que presentaron mayor índice de ideación suicida (9.3% y 10.6% respectivamente). En lo que respecta a las mujeres, las que presentan un mayor porcentaje de ideación suicida son las que trabajan medio tiempo (13.9%). Asimismo, cabe mencionar, que tanto los hombres como mujeres adolescentes que presentan ideación suicida, no tienen papá ni mamá o no viven con ellos.

En lo que respecta a la relación que hay entre el intento suicida y el consumo de drogas, en el presente estudio se encontró que el nivel de consumo de drogas alguna vez, es mayor tanto en los hombres (42.3%) como en las mujeres (32.3%) adolescentes que intentaron suicidarse en relación con los que no lo intentaron (15.4% hombres y 9.8% mujeres).

En este sentido, González-Forteza, et al (1998), en una muestra de estudiantes de educación media y media superior de la ciudad de Pachuca, reportaron que el uso de cualquier droga ilícita se presentó en el 20.8% de los hombres y en el 11.3% de las mujeres que intentaron suicidarse.

Es importante señalar que el patrón de consumo que antes prevalecía en las mujeres con intento suicida cambió, ya que en la encuesta del 2000, consumieron principalmente drogas médicas como los tranquilizantes (16.5%) y las anfetaminas (12%⁹) y en este estudio se encontró que aunque siguen consumiendo principalmente tranquilizantes (13.4%) han aumentado su consumo de drogas ilegales como la marihuana (11.3%) y los inhalables (10.6%) (Villatoro, et al, 2003).

También cabe mencionar, que el consumo de cualquier droga en ambos sexos ha disminuido, ya que en la encuesta del 2000, el 46.9% de los estudiantes que intentaron suicidarse consumieron alguna droga; y en este estudio la prevalencia fue de 42.3%, sin embargo aún sigue siendo alta (Villatoro, et al, 2003).

Por tal motivo, es necesario que se sigan realizando este tipo de estudios, en esta población con el fin de estar monitoreando este problema de manera constante y observar los cambios que se van dando para entender mejor dicho problema y realizar una mejor labor ya sea preventiva o de intervención.

Respecto a la ideación suicida, está también relacionada con el consumo de drogas y los resultados obtenidos indican que tanto en hombres como en las mujeres, el porcentaje de consumo de drogas alguna vez, es mayor en los que presentan ideación suicida (26.5% hombres y 29.6% mujeres) que en los que no la presentan (13.1% hombres y 8% mujeres).

Medina-Mora y cols (1994) en un estudio que realizaron con población estudiantil, reportaron que la ideación suicida es un factor de riesgo importante para el consumo de drogas, ya que los usuarios de drogas presentaron significativamente un mayor consumo de drogas que los que no reportaron haber tenido pensamientos suicidas.

También encontraron, que presentaban más ideas suicidas los que habían usado drogas médicas y los que las combinaban con drogas ilícitas, incluyendo los inhalables. En tanto que los usuarios de cocaína, tuvieron menos ideas suicidas que los usuarios de otras drogas, mientras que los usuarios de alucinógenos presentan mayor ideación suicida.

Los resultados expuestos anteriormente, indican la existencia de una estrecha vinculación entre estas variables (intento e ideación suicida y consumo de drogas) la cual ha sido muy documentada en la literatura, internacional así como en México (Medina-Mora, et al, 1994).

Al respecto Mondragón (1998) menciona que el consumo de drogas provoca una alta frecuencia de ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado, cuando se combinan con altos niveles de vida estresante.

Mientras que Hops, y cols, (1995, citados en González-Forteza, et al, 1998), mencionan que es muy probable que los adolescentes que consumen drogas lo hagan para enfrentar su malestar emocional, para escapar de su problemática o como un mecanismo de enfrentamiento disfuncional, que los lleva realizar conductas suicidas.

De acuerdo con Bukstein (1993, citado en Mondragón, 1998), algunos posibles mecanismos por los cuales el consumo de drogas predispone al suicidio son: a) rupturas de relaciones interpersonales, b) los efectos de la intoxicación que pueden deteriorar el juicio y hacer que el suicidio sea muy fácil de llevarse a cabo; c) el consumo puede ser agudo y crónico, y producir depresión e ideación suicida, lo que hace más posible el suicidio.

Con base en lo encontrado en el presente estudio se puede concluir que:

- ψ Las mujeres son quienes presentan mayor índice de ideación e intento suicida, esto se puede explicar mediante la construcción social de género, ya que influye de manera importante en la conducta suicida. Por

tal motivo, el que las mujeres presenten un alto porcentaje de intento suicida, se debe a que utilizan métodos menos letales en comparación con los hombres. Con respecto a la ideación suicida, como se sabe, está íntimamente ligada a la depresión y a la desesperanza, las cuales son manifestaciones que son más aceptadas en las mujeres, y los hombres las enmascaran con otras conductas como el consumo de drogas o la violencia, lo cual puede justificar que los hombres presenten mayor porcentaje de consumo de drogas que las mujeres. Sin embargo, a pesar de que el porcentaje de las mujeres con ideación suicida es mayor, la diferencia no es muy grande como en estudios anteriores. Asimismo, también se ha mencionado que la impulsividad y las respuestas de enfrentamiento agresivas ante situaciones estresantes, que son conductas que más se presentan en los hombres, son importantes factores de riesgo, tanto para las conductas suicidas como para el consumo de drogas.

- ψ El trabajar tiempo completo, el no estudiar, y el estudiar y trabajar medio tiempo, puede ser un factor de riesgo, tanto para tener una conducta suicida como para involucrarse en el consumo de drogas. Al respecto, cabe mencionar que la escuela puede fungir como un factor protector, ya que los estudiantes que mencionaron estudiar tiempo completo, fueron los que presentaron menor índice de consumo de drogas; y el trabajar se ha considerado como factor de riesgo, ya que se ha visto que los adolescentes que trabajan están más expuestos a mayores riesgos como lo son las drogas.
- ψ Tanto hombres como mujeres que presentan ideación suicida y que han intentado suicidarse no tienen mamá ni papá o no viven con ellos. Como se ha mencionado, la composición familiar juega un papel muy importante, ya que se ha demostrado que la relación padre/madre-hijo (a), influye sobre el estado emocional de los adolescentes. El exponer al adolescente a un ambiente emocionalmente pobre, en el cual no exista cotidiano afectivo, constituye un aspecto muy significativo en nuestra cultura, por lo tanto uno de los principales motivos por el que los adolescentes argumentan que intentaron suicidarse, es precisamente los problemas familiares.

- ψ El principal motivo que tuvieron las mujeres adolescentes para intentar suicidarse es el que se refiere a la esfera emocional, en particular por sentimientos de soledad, tristeza y depresión; y en los hombres se encontró que fueron los problemas familiares. Este hallazgo, se debe también a cuestiones de género y a los procesos de socialización que desempeñan un papel importante en la forma de expresar el malestar, ya que las mujeres manifiestan más conductas emotivas, siendo los componentes depresivos los más aceptados.
- ψ Los métodos más utilizados para intentar suicidarse tanto para hombres como para mujeres fueron los objetos punzocortantes. Sin embargo, las mujeres también presentaron un alto porcentaje en la ingesta de medicamentos. El método dejar de comer se presentó en tercer lugar en ambos sexos, esto es un dato muy importante, ya que en encuestas pasadas en los hombres no se presentó. Es importante reconocer que el hecho de tratar de hacerse daño, independientemente del método utilizado y de la letalidad del mismo, es en si mismo una conducta de riesgo que debe evaluarse, ya que generalmente el adolescente cree que tiene el control sobre su vida, pero desafortunadamente muchas veces no es así.
- ψ En lo que respecta a la hipótesis de investigación, se encontró lo esperado, es decir que los estudiantes adolescentes con ideación e intento suicida presentan mayores índices de consumo de drogas. Esto puede deberse a diversas causas: la primera es que el consumo de sustancias es un escape a los problemas y un mecanismo de enfrentamiento disfuncional, ante situaciones estresantes y / amenazantes. Por otro lado, el efecto tóxico de las sustancias en el sistema nervioso, induce los pensamientos y conductas suicidas, debido a que perjudican el juicio, la cognición y el humor, y al disminuir la inhibición, pueden llevar al suicidio. Asimismo, el consumo de droga, hace que las personas rompan con sus relaciones interpersonales lo cual conlleva a que no se tenga un apoyo que ayude a enfrentar los problemas. También los adolescentes que consumen drogas intentan aliviar los estados de estrés emocional y el no conseguirlo conlleva a las conductas suicidas. En general, la relación consumo de drogas-ideación-

intento suicida tiene que ver con la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

- ψ Los hombres son quienes presentan un porcentaje más alto de consumo de drogas, y consumen más drogas de tipo ilegal como la mariguana, los inhalables y la cocaína. Por su parte, las mujeres consumen más tranquilizantes, mariguana e inhalables. A pesar de que va en aumento el consumo de drogas ilegales en mujeres, estas todavía prefieren las drogas médicas ya que piensan que son menos dañinas y adictivas, además de que todavía esta muy estigmatizado el que las mujeres consuman drogas ilegales tan abiertamente
- ψ Los hombres con ideación suicida, presentan un porcentaje menor de consumo de drogas, que los hombres con intento suicida.
- ψ Las mujeres con ideación suicida, presentan un porcentaje mayor, que los hombres. Esto puede deberse a que en los hombres es menor el porcentaje de ideación suicida debido a que está relacionada con la desesperanza, y la depresión las cuales se consideran conductas solo de mujeres. Por lo tanto se vuelve hacer hincapié en la respectiva de género.

De acuerdo con lo encontrado en el presente estudio, a continuación se presentan algunas consideraciones y recomendaciones:

1. Los resultados de este estudio, hacen evidente la necesidad de considerar a los adolescentes estudiantes como una población de riesgo. Asimismo se hace imperante la necesidad de trabajar con un abordaje multidisciplinario, incluyendo el psicosocial, ya que es importante tener en cuenta las características individuales de cada persona, así como el medio en el cual se desarrolla el adolescente. También es muy importante trabajar tomando en cuenta la perspectiva de género, considerando las semejanzas y diferencias que hay entre hombres y mujeres; así como el aspecto psicoeducativo.
2. Es importante hacer notar que por los resultados obtenidos, se debe de poner mucho énfasis en la necesidad de trabajar en el fortalecimiento del ambiente familiar, ya que la familia puede fungir como un elemento protector contra la conducta suicida así como del consumo de drogas. Es decir, la familia debe brindar apoyo emocional y social, así como una

buena comunicación. También, debe de fomentar habilidades, proveer de información y dar las herramientas necesarias para que los adolescentes puedan enfrentar situaciones adversas. Asimismo, tienen que establecer tanto reglas como límites y detectar conductas problemáticas para que se pueda buscar ayuda a tiempo, y así evitar que se llegue al suicidio o al consumo de drogas.

3. Tomando en cuenta lo encontrado, podemos decir que la escuela es una de las principales instituciones que permiten promover el desarrollo cognitivo y emocional de los niños. Por tal motivo, los maestros pueden y tienen que ser capacitados para reconocer cuando un niño o adolescente está en riesgo de cometer una conducta suicida y canalizar a los servicios de salud a quienes requieran la atención. Debido a ello, es de vital importancia sensibilizar al personal docente en su labor no sólo académica, sino también en su potencial como agentes promotores de salud y prevención.
4. También es importante señalar que la prevención se debe iniciar desde la infancia, y no solo durante la adolescencia, ya que las posibilidades de lograr mejores resultados son muy amplias, debido a que la interacción con los niños y su completa integración en el hogar en esa edad facilitan la tarea preventiva (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez y Ramos, 2004).
5. Por último, cabe mencionar que en los futuros estudios que se realicen sobre la conducta suicida se deben tomar en cuenta los factores sociales, individuales y culturales del adolescente. También es necesario tener en cuenta los factores socioeconómicos, ya los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas, que consecuencia de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, las recurrentes crisis económicas y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización, han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social.

En resumen cabe decir que, desde una perspectiva psicosocial, se ha observado que el incremento en las tasas de suicidio entre los adolescentes, está acompañado por un aumento en otros problemas como el consumo de drogas. Por tal motivo, la interacción de lo social y lo individual no puede ser

dejado de lado en un fenómeno tan complejo como lo es el suicidio, haciéndose necesario considerar al ser humano en su entorno social

Por otra parte, también es importante que se dejen a un lado los prejuicios y mitos que existen alrededor de este problema. Ya que debido a ello se subestiman las cifras de intento suicida, esto es por las creencias erróneas que aún se tienen acerca de este problema. Por tal motivo, se debe desmitificar estas creencias y actitudes que solo truncan los trabajos preventivos, no permiten realizar una intervención a tiempo, y ocultan las cifras exactas de los registros; lo que conlleva a que no se sepa el estado actual, ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país, y por lo tanto que no se evite el suicidio consumado.

Como psicólogos tenemos un importante papel que cumplir, para poder explicar esta compleja conducta, por los múltiples factores implicados en la misma, y para poner en práctica los programas efectivos de prevención e intervención. Además de que el conocimiento de los factores y mecanismos que conducen a las conductas de riesgo en especial al consumo de drogas y a las conductas suicida, es de gran utilidad para poner en marcha los trabajos de prevención que estén orientados a fomentar el desarrollo de habilidades, para que se logre un armonioso desarrollo físico, psicológico y emocional.

Finalmente es importante mencionar, que las limitaciones que presentan este tipo de estudios (transversal), pueden sugerir la realización de estudios con un diseño prospectivo, que explique los factores protectores y de riesgo de la población adolescente que ha intentado suicidarse.

REFERENCIAS

- Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida y su relación con el consumo de drogas, autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis Licenciatura UNAM. México.
- Apter, A. Adolescent suicide and attempted suicide. En Wasserman, D. (2001) (Eds). *Suicide: An unnecessary death*, pp 185-186. Canada: Martin Dunitz.
- Artasánchez, S. (1999). Factores de riesgo para la ideación suicida: análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza. Tesis Maestría UNAM. México.
- Berenzon, S., Medina-Mora, ME., Carreño, S., Juárez, F., Rojas, E y Villatoro, J. (1996). Los factores relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 19(2), 44-52.
- Borges, G. (1995). Quienes cruzan el umbral: intento de suicidio y suicidio consumado, *Información Clínica Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 6 (7), 37-39.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México*, 38(3), 197-206.
- Brooks, F. (1959, 1ª ed.). *Psicología de la Adolescencia*. Argentina: Kapelusz.
- Caballero, M., Ramos, L., González-Forteza, C. y Saltijera, T. (2002). Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría*, 18(3) ,131-139.
- Camacho, M. & Iniesta, A. (2003). Conductas alimentarias de riesgo su relación con la ideación e intento suicida en una muestra de adolescentes del DF. Tesis Licenciatura UAEM. México.
- Castro M. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. *Salud Pública de México*; 32, pp. 298-308.
- Castro, ME; Rojas, E; García, G y De la Serna, J. (1986). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9(1), 80-85.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Pearson Educación.
- Díaz del Guante, MA., Molina, H., y Cruz, J. (1994). Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico. *Psicología y Salud*. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, 4, 89-16.
- Diekstra, R (1993). "The epidemiology of suicide and parasuicide". *Acta Psych Scand*, 371(suppl), 9-20.

- Espinosa, E. (2000). La Autoestima: un factor protector para el consumo de drogas en adolescentes estudiantes del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. UNAM. México.
- Galván, J., Ortiz, A., Soriano, A., y Casanova, L. (2005). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México (1986-2003). Sistema de Reporte de Información sobre Drogas. Salud Mental; 28 (3), 51-59.
- Gesell, A. (1958, 4ª ed.). El Adolescente de 10 a 16 años. Argentina: Paidós.
- Guilbert, W. (2002). El suicidio: Un tema complejo e íntimo. La Habana: Científica Técnica.
- Gómez, C. (1996). Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal. Tesis Licenciatura. UNAM. México.
- González-Forteza, C. (1996). Factores protectores y riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis Doctorado UNAM. México.
- Gonzalez-Forteza, C y Andrade, P. (1994). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescente mexicanos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 40(2), 156-163.
- González-Forteza, C., Andrade, P. y Jiménez, T. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 43(4), 319-326.
- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C. y Jiménez, T. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. Salud Mental, 19(suppl 1), 33- 37.
- González-Forteza, C. & Jiménez, J. (1997). Factores socioculturales y suicidio. Psicopatología, 17(4), 151-157.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Mondragón, L. y Medina- Mora, ME. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. Psicología Conductual, 8(1), 147-152.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L. y Medina-Mora, ME. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. Revista Mexicana de Psicología, 15(2), 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema, 15(4), 524-532.

- González-Forteza, C., Ramos, L., Mariño, M. y Pérez, E. (2002). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48(1-4),74-84.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, V. (2001).El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6) ,16-25.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- González-Forteza, C; Villatoro, J; Pick, S; Collado, ME. (1998). El estrés emocional y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21 (2), 37-45.
- Gutierrez, P & Solis, O. (1989). El suicidio en San Luis Potosí (1975-1984): Un enfoque epidemiológico psicosocial. *Salud Mental*, 12 (4), 9-15.
- Hijar, M., Rascón, R., Blanco, J. y López, M. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas. *Salud Mental*, 19(4), 14-21.
- Hurry, J. (2000). Selfharm in children and adolescent. *Internacional Review Psychatry*, 12, 31-36.
- Husain, S. (1991). Perspectiva actual sobre el papel de los factores psicosociales en el suicidio de los adolescentes. *Salud Mental*, 14, 68-69.
- Hoffman, L., Paris, C. y Hall, E. (1996) *Psicología del desarrollo*. (Vol. 2) México: Mc Graw Hill.
- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. España: Paidós.
- INEGI. (2003). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. INEGI, Cuaderno 7.
- Jiménez, J., Mondragón, L. y González-Forteza, C. (2000). Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. *La psicología Social en México*. AMEPSO, VIII, 185-191.
- Lahuerta, A & Lloret, T. (1994). *Drogas: síntomas y signos*. Barcelona: Octaedro
- Laufer, M. (1999). *El adolescente suicida*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- López, E., Medina-Mora, ME., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18(4), 25-32.
- Loza, G., Lucio, E. y Durán, P. (1998). Comparación entre la personalidad de un adolescente con intento suicida y sin intento suicida. *La Psicología Social en México*. AMEPSO, VIII, 80-85.
- Marchiori, H. (1998). *El Suicidio: enfoque criminológico*. México: Porrúa
- Medina-Mora, ME; Natera, G; Borges, G; Cravioto, P; Fleiz, C y Tapia-Conyer. (2001). *Del Siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas alcohol y sociedad*. *Salud Mental*, 24(4), 3-19.
- Medina-Mora, ME., López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta estudiantil. *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*, 5, 7-14.
- Medina-Mora, ME., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S. y Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 13(4), 383-393.
- Mondragón, L. (1997). *La ideación suicida en relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol*. Tesis Licenciatura. UNAM. México.
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutierrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Mondragón, L., Saltijera, M., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-27.
- Morón, P. (1987). *El Suicidio*. México: Publicaciones Cruz.
- Morris, C (1992). *Psicología. Un nuevo enfoque*. México: Prentice Hall.
- Muñoz, R. y Grana, G. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Ortiz, A; Rodríguez, E; González, L; Unikel, C; Galván, J y Soriano, A. (1999). *Informe individual sobre consumo de drogas. Tendencias en el área metropolitana, 1997*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Piaget, J. (1959). El Desarrollo intelectual del adolescente. En Copland, G (1973) (Eds), *Psicología Social de la Adolescencia*, pp.23-25. España: Paidós.

- Roberts, E. (1980). "Reliability of the CES-D Scale in Different Ethnic Contexts". *Psychiatry Research*, 2, 125-134.
- Ros, M. (1998) *La Conducta suicida*. Madrid: Ediciones ARAN.
- San, Molina., Arranz, B. Trastorno por uso de sustancias y suicidio. En Ros (1998) (Eds). *La conducta suicida*, pp. 129-137. Madrid: Ediciones ARAN.
- Sarró, B. & De la Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000, Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Shafer, D & Pfeffer, C. (2001) Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 65(2), 146-188.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Horme.
- Terroba, G., Heman, A., Saltijera, M. y Martínez, P. (1986). Factores Clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y el suicidio consumado. *Salud Mental*, 9(1), 74-80.
- Thomas, M. (2002). *Libertad fatal, ética y política del suicidio*. México: Paidós
- Villar, A. (2002) Suicidio en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 2(2), 131-145.
- Villardón, G. (1993). *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. España: Instituto de Ciencias de la Educación.
- Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., González-Forteza, C., Amador, N. y Bermúdez, P. (2003). Intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes., ¿dos problemas entrelazados? .*SESAM*, 2(1), 5-12.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. et al. (2004). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003*. Reporte Global. INP-SEP. México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Navarro, C., Blanco, J., et al. (1999). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997*. Reporte Global del Distrito Federal. SEP- IMP. México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Juárez, F., Berenzon, S., López, E., Rojas, E., et al. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México. *La Psicología Social en México*. AMEPSO, VI, 569-574.

-Villatoro, J., Medina-Mora ME., Hernández. M., Fleiz, C., Amador, N., Bermúdez P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1),38-51.

-Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes: medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1), 43-53.

-Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, MI., et al. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México.

ANEXO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Eres	Hombre 1 Mujer 2
2. ¿Qué edad tienes?	Años <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
3. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato, indica el <u>año</u> que cursas)	Grado..... <input style="width: 30px;" type="text"/>
4. La mayor parte del año pasado ¿fuiste estudiante?	No fui estudiante el año pasado 1 Fui estudiante de medio tiempo 2 Fui estudiante de tiempo completo 3
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé 1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias) 2 Si trabajé tiempo completo (8 horas diarias) 3

6. ¿Tienes papá ? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):	
Tengo papá	1
Lo sustituye algún familiar	2
Otro:	3

7. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye: o hace las funciones de tu mamá):	
Tengo mamá	1
La sustituye algún familiar	2
Otro:	3

8. ¿Quiénes viven en tu casa? (marca en la columna de **Si** con quienes vives.(marca una respuesta para cada inciso)

	Si	No
a) Papá / sustituto	1	2
b) Mamá / sustituta	1	2
c) Hermano(s)	1	2

	Si	No
d) Otro(s) Familiar(es)	1	2
e) Amigos	1	2
f) Otro(s):	1	2

CONSUMO DE DROGAS

15a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado anfetaminas u otros estimulantes, para perder o no subir de peso o dar energía como el Éxtasis o la Efedrina, etc. sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2
15b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2 Nunca he usado anfetaminas..... 3
15c. En el último mes, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días..... 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he usado anfetaminas..... 5
15e ¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he usado anfetaminas..... 6

15f. ¿Hace cuánto tiempo usaste anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses..... 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he usado anfetaminas..... 6
15g ¿Cuántos años tenías cuando usaste anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	Nunca he usado anfetaminas..... 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

16a ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado tranquilizantes para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diacepam, etc., sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2
16b En los últimos 12 meses, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2 Nunca he usado tranquilizantes 3
16c. En el último mes, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días..... 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he usado tranquilizantes 5
16e ¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes , sin que un médico te lo recete?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he usado tranquilizantes 6
16f. ¿Hace cuánto tiempo usaste tranquilizantes , sin que un médico te lo recetara?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses..... 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año..... 4 Nunca he usado tranquilizantes 6
16g ¿Cuántos años tenías cuando usaste tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	Nunca he usado tranquilizantes 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

17a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado mariguana, hashish ?	Si..... 1 No 2
17b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido mariguana ?	Si 1 No 2 Nunca he consumido mariguana..... 3
17c. En el último mes, ¿has consumido mariguana ?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días..... 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he consumido mariguana..... 5
17e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado mariguana ?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he consumido mariguana..... 6

17f. ¿Hace cuánto tiempo usaste mariguana por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses.....2 De 7 a 12 meses3 Hace más de un año.....4 Nunca he consumido mariguana 6
17g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste mariguana por primera vez?	Nunca he consumido mariguana 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

18a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado Cocaína ?	Si 1 No 2
18b. En los últimos 12 meses, ¿has usado cocaína ?	Si 1 No 2 Nunca he consumido cocaína 3
18c. En el último mes, ¿has usado cocaína ?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, 20 días ó más4 Nunca he consumido cocaína 5
18e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína ?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he consumido cocaína 6
18f. ¿Hace cuánto tiempo usaste cocaína primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses.....2 De 7 a 12 meses3 Hace más de un año.....4 Nunca he consumido cocaína 6
18g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste cocaína por primera vez?	Nunca he consumido cocaína 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

19a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado cocaína "crack" ?	Si 1 No 2
19c. ¿Hace cuánto tiempo usaste cocaína "crack" por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses.....2 De 7 a 12 meses3 Hace más de un año.....4 Nunca he consumido cocaína "crack" 6

20a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc.?	Si 1 No 2
20b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido alucinógenos ?	Si 1 No 2 Nunca he consumido alucinógenos 3
20c. En el último mes, ¿has consumido alucinógenos ?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, 20 días ó más4 Nunca he consumido alucinógenos.....5

20e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos ?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he consumido alucinógenos 6
20f. ¿Hace cuánto tiempo usaste alucinógenos por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses..... 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año..... 4 Nunca he consumido alucinógenos..... 6
20g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste alucinógenos por primera vez?	Nunca he consumido alucinógenos..... 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

21a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc. para elevarte?	Si 1 No 2
21b. En los últimos 12 meses, ¿has usado inhalables para elevarte?	Si 1 No 2 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 3
21c. En el último mes, ¿has usado inhalables para elevarte?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días..... 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 5
21e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables para elevarte?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 6
21f. ¿Hace cuánto tiempo aspiraste o inhalaste sustancias para elevarte por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses..... 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año..... 4 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 6
21g. ¿Cuántos años tenías cuando aspiraste o inhalaste sustancias para elevarte por primera vez??	Nunca he aspirado inhalables 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

22a. ¿Has usado alguna vez en tu vida sedantes (ecuanil, mandrax) sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2
22b. En los últimos 12 meses, ¿has usado sedantes , sin que un médico te lo recetara?	Si..... 1 No 2 Nunca he usado sedantes 3
22c. En el último mes, ¿has usado sedantes , sin que un médico te lo recetara?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días..... 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he usado sedantes 5

22e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado sedantes , sin que un médico te lo recetara?	De 1 a 2 veces..... 1 De 3 a 5 veces..... 2 De 6 a 10 veces..... 3 De 11 a 49 veces..... 4 50 veces o más..... 5 Nunca he usado sedantes..... 6
22f. ¿Hace cuánto tiempo usaste sedantes , por primera vez, sin que un médico te lo recetara?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses..... 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año..... 4 Nunca he usado sedantes 6
22g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste sedantes por primera vez, sin que un médico te lo recetara?	Nunca he usado sedantes..... 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

23a ¿Has usado alguna vez en tu vida heroína (arpón)?	Si 1 No 2
23b. En los últimos 12 meses, ¿has usado heroína ?	Si..... 1 No 2 Nunca he usado heroína 3
23c. En el último mes, ¿has usado heroína ?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días..... 3 Si, 20 días ó más..... 4 Nunca he usado heroína 5
23d. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido heroína ?	De 1 a 2 veces..... 1 De 3 a 5 veces..... 2 De 6 a 10 veces..... 3 De 11 a 49 veces..... 4 50 veces o más..... 5 Nunca he usado heroína 6
23e. ¿Hace cuánto tiempo usaste heroína por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses..... 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año..... 4 Nunca he usado heroína 6
23g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste heroína por primera vez?	Nunca he usado heroína 00 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IDEACION SUICIDA

57. Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así en la última semana. (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

DURANTE LA SEMANA PASADA:	NUMERO DE DIAS			
	0	1-2	3-4	5-7
a) No podía "seguir adelante"	1	2	3	4
b) Tenía pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
c) Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	1	2	3	4
d) Pensé en matarme	1	2	3	4

INTENTO SUICIDA

58a. ¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?	Una vez 1 Más de una vez 2 Nunca lo he hecho 3
58b. ¿Qué pasó esa o esas veces que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?	Sólo lo pensé 1 Estuve a punto de hacerlo 2 Lo hice..... 3 Nunca lo he hecho 0-
58c. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Lo he hecho..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nunca lo he hecho 98
58d. ¿Qué edad tenías la primera o la única vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Tenia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nunca lo he hecho 98
58e. ¿Qué edad tenías la última o única vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Tenia..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> años Sólo lo hice 1 vez 97 Nunca lo he hecho 98
58f. Esa última o única vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida a propósito ¿qué querías?	No quería morir, quería seguir viviendo... No me importaba si vivía o moría 2 Quería dejar de vivir, quería morir 3 Nunca lo he hecho 8

58g. La <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida ¿Qué te motivó a hacerlo?	Problemas familiares.....01 Problemas con mi novio (a) o pareja02 Problemas con mis amigos (as).....03 El sentirme solo (a), triste o deprimido (a).....04 Problemas en la escuela.....05 Incomprensión o falta de cariño de mi familia.....06 Problemas personales07 Por querer llamar la atención.....08 Porque se murió alguien a quien he querido mucho09 Porque han abusado sexualmente de mi.....10 Otra razón11 Nunca lo he hecho98
58h. Por favor describe con más detalle el motivo por el cual lo hiciste <u>la última o única vez</u> . <i>Anota tus respuestas</i>	_____ _____ _____ Nunca lo he hecho98
58i La <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida ¿Cómo lo hiciste?	Tomé pastillas o medicamentos01 Me corté con un objeto filoso02 Me disparé con un arma de fuego03 Traté de ahormarme o de asfixiarme04 Tomé veneno05 M intoxicqué con drogas.....06 Reaventé de una parte alta hacia el piso

07 Dejé de comer.....08 Me aventé al tránsito.....09 Lo hice de otra forma10 Nunca lo he hecho98
58j. Por favor describe con más detalle la forma como lo hiciste <u>la última o única vez.</u> <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ _____ Nunca lo he hecho9
58k. <i>Esa última o única vez ¿Para qué lo hiciste?</i> <i>Anota tu respuesta en las líneas.</i>	_____ _____ Nunca lo he hecho9